

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROGRAMA DE ESPECIALIDAD Y MAESTRIAS**

*“Estudio de la efectividad de la terapia de valoración cognitiva de Wessler en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con manifestaciones de ansiedad y con diferente nivel de instrucción”*

Trabajo de Grado Académico de Maestría, previo a la obtención del título de Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia

**AUTORA:** Dra. Zaida Cristina Revelo Tapia  
**DIRECTOR:** Dr. Nelson Rodríguez Aguirre

**Quito – 2013**

## Ficha Catalografica

PG

0195

R322 Revelo Tapia, Zaida Cristina

Estudio de la efectividad de la terapia de valoración cognitiva de Wessler en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con manifestaciones de ansiedad y con diferente nivel de instrucción /Zaida Cristina Revelo Tapia. -- Informe final del Trabajo de Grado Académico, previo a la obtención del título de Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia. -- Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012.

148p.: , tbls., graf.

Director: Rodríguez Aguirre, Nelson Gustavo

## DEDICATORIA

*¡A mi esposo por ser mi  
compañero incondicional, quien me  
ha brindado amor y apoyo constante!*

*A mis padres por ser los mejores  
ejemplos de vida y a mis hermanos  
por su apoyo, afecto y cariño.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Mi profundo agradecimiento a la Universidad Central del Ecuador, a mi tutor el Dr. Nelson Rodríguez Aguirre por su apoyo y colaboración desinteresada en facilitar sus conocimientos, a mis profesores de la Maestría en Ciencias Psicológicas con Mención en Psicoterapia, a mis compañeros y a todas aquella personas que han sido parte de la realización del presente trabajo investigativo y en especial a Dios creador de mi existencia y gestor de mi vida.*

## DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 15 de febrero del 2013

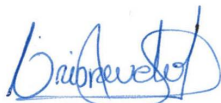
Yo, **Zaida Cristina Reveló Tapia**, autora de la investigación, con cédula de ciudadanía no. 0401106646, libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico:

*“Estudio de la efectividad de la terapia de valoración cognitiva de Wessler en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con manifestaciones de ansiedad y con diferente nivel de instrucción”*

Es original y de mi autoría, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente,



**Dra. Zaida Cristina Reveló Tapia**

## AUTORIZACIÓN DE AUTORIA INTELECTUAL

Yo Zaida Cristina Reveló Tapia, en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre *“Estudio de la efectividad de la terapia de valoración cognitiva de Wessler en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con manifestaciones de ansiedad y con diferente nivel de instrucción”*, por la presente autorizo a la Universidad Central del Ecuador, hacer uso de los contenidos que me pertenecen o parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento

Quito, 15 de febrero 2013



**Dra. Zaida Cristina Reveló Tapia**  
CC 0401106646

## **RESUMEN**

Investigación de postgrado sobre Psicología Clínica, Psicología Social, Trastornos Afectivos, específicamente ansiedad por violencia. El objetivo es disminuir la ansiedad en mujeres víctimas de violencia, que acuden a la Comisaria de la mujer y la familia. La violencia repercute en el apareamiento de trastornos psicológicos como ansiedad. La aplicación de la terapia de valoración cognitiva pretende reducir la misma, utilizando los principios teóricos cognitivos de Richard Wessler basados en el afecto. Tratado; en dos capítulos: terapia de valoración cognitiva, y ansiedad. Investigación descriptiva, no experimental, con método deductivo. A seis mujeres víctimas de violencia. Se ha evaluado niveles de ansiedad a partir de pre y post test. Se ha aplicado la terapia de valoración cognitiva con sus métodos y técnicas. Se ha evidenciado la efectividad de la misma. La institucionalización de esta terapia sería de gran ayuda para ser aplicada en otras personas con manifestaciones de ansiedad

## **CATEGORIAS TEMATICAS**

**PRIMARIA:** PSICOLOGIA CLINICA  
PSICOLOGIA SOCIAL

**SECUNDARIA:** TRASTORNOS AFECTIVOS  
VIOLENCIA  
TERAPIA

## **DESCRIPTORES:**

ANSIEDAD Y VIOLENCIA FAMILIAR  
ANSIEDAD - TERAPIA COGNITIVA  
ANSIEDAD - TEST DE HAMILTON  
COMISARIA DE LA MUJER Y LA FAMILIA CANTON TULCAN

## **DESCRIPTORES GEOGRAFICOS:**

SIERRA – CARCHI – TULCAN

## **SUMMARY**

Research postgraduate clinical psychology, social psychology, affective disorders, anxiety specifically violence. The goal is to reduce anxiety in women victims of violence, who flock to the Commissioner of women and the family. Violence affects the onset of psychological disorders such as anxiety. The application of cognitive assessment therapy aims at reducing the same, using the theoretical cognitive Richard affection based Wessler. Treaty, in two chapters: therapy cognitive assessment, and anxiety. Descriptive, not experimental, with deductive method. Six women victims of violence. We assessed anxiety levels from pre and posttest. Therapy has been applied to cognitive assessment methods and techniques. It has demonstrated the effectiveness thereof. The institutionalization of this therapy would be helpful to be applied in other people with manifestations of anxiety

## **SUBJECT CATEGORIES**

**PRIMARY:** CLINICAL PSYCHOLOGY  
SOCIAL PSYCHOLOGY

**SECONDARY:** AFFECTIVE DISORDERS  
VIOLENCE  
THERAPY

**DESCRIPTORS:**  
ANXIETY AND VIOLENCE  
ANXIETY - COGNITIVE THERAPY  
ANXIETY - TEST OF HAMILTON  
COMMISSIONER OF WOMEN AND THE FAMILY CANTON TULCAN

**GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:**  
SIERRA - CARCHI - TULCAN



## TABLA DE CONTENIDOS

### A. PRELIMINARES

Ficha Catalografica .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Declaratoria de Originalidad .....	v
Autorización de Autoria Intelectual .....	vi
Resumen .....	vii
Summary .....	viii
Tabla de gráficos .....	
Tabla de contenidos .....	ix

### B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE POST GRADO

Introducción y planteamiento del problema.....	12
Introducción .....	12
El problema .....	13
Planteamiento del Problema. ....	13
Formulación del Problema .....	14
Objetivos .....	14
General .....	14
Específicos.....	14
Planteamiento de la hipótesis .....	15
Hipótesis General.....	15
Justificación .....	15

### MARCO TEÓRICO ..... 17

#### CAPITULO I ..... 17

1. Terapia cognitiva de Wessler .....	17
1.1 Desarrollo Histórico.....	17
1.2 Fallo en el tratamiento .....	19
1.3 Definición .....	19
1.4 Conceptos Teóricos .....	20
1.4.1 Reglas personales de vida .....	20
1.4.2 Cogniciones justificadoras .....	23
1.4.3 Afecto persono típico.....	26
1.4.4 Conductas o maniobras de búsqueda de seguridad .....	28
1.4.5 Punto fijo emocional .....	31
1.4.6 Historia evolutiva fenomenológica .....	33
1.4.7 Énfasis holístico.....	33
1.4.8 Factores bioquímicos .....	33
1.4.9 Modelo Psicológico .....	33
1.5 Evaluación y conceptualización de problemas .....	33
1.6 Objetivos de la terapia .....	35
1.7 Estructura de la sesión .....	35
1.8 Técnicas de tratamiento .....	36
1.8.1 Técnicas Cognitivas.....	36
1.8.2 Técnicas Conductuales.....	37
1.8.3 Uso de técnicas conductistas .....	37
1.9 Métodos de la terapia.....	38

1.9.1	La alianza terapéutica .....	38
1.9.2	El Trabajo con el afecto .....	39
1.9.3	El trabajo con las cogniciones .....	43
1.9.4	El trabajo con las maniobras de búsqueda de seguridad .....	44
1.10	Las intervenciones .....	45
1.10.1	Auto revelación y el modelado .....	45
1.10.2	Interrogatorio .....	46
1.10.3	Instrucciones .....	46
1.10.4	Reconocer sus patrones disfuncionales .....	46
1.10.5	Examen de las cogniciones justificadoras y su exposición .....	46
1.10.6	Identificación de maniobras de búsqueda de seguridad .....	47
1.10.7	Mecanismos de auto consuelo .....	47
1.10.8	Notas para el paciente al final de cada sesión.....	47
1.11	Los retrocesos.....	48
1.12	La relación terapéutica.....	48
1.13	Obstáculos frecuentes en el progreso del paciente .....	49
<b>CAPITULO II</b>	.....	<b>50</b>
2.	Ansiedad .....	50
2.1	Definición de ansiedad.....	50
2.2	Factores predisponentes .....	51
2.2.1	Genética .....	51
2.2.2	Enfermedades somáticas .....	51
2.2.3	Traumas psicológicos.....	52
2.2.4	Ausencia de mecanismos de afrontamiento .....	52
2.2.5	Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado .....	53
2.3	Factores precipitantes .....	53
2.3.1	Problemas somáticos o sustancias tóxicas.....	53
2.3.2	Factores estresantes externos e intensos.....	54
2.3.3	Estrés de larga duración. ....	54
2.3.4	Factores estresantes que afectan a la vulnerabilidad y el umbral de exigencias .....	55
2.3.5	Otros factores precipitantes .....	55
2.4	Teorías conductuales y cognitivas de la ansiedad .....	56
2.4.1	Perspectiva conductual.....	56
2.4.2	Perspectiva cognitiva .....	57
2.4.3	Combinación de los enfoques conductuales y cognitivos .....	60
2.5	Evaluación de la ansiedad .....	60
2.5.1	Objetivos de la evaluación .....	63
2.5.2	Aspectos básicos del trastorno a evaluar .....	64
2.5.3	Métodos de evaluación.....	64
2.5.4	Tipos de trastornos de ansiedad.....	69
<b>METODOLOGÍA</b>	.....	<b>81</b>
	Método de investigación.....	81
	Método hipotético deductivo .....	81
	Método de Observación.....	81
	Diseño de la investigación .....	82
	Técnicas.....	82
	Variables de Investigación .....	83
	Unidad de análisis .....	84
	Población y muestra .....	85

Población .....	85
Diseño de la Muestra.....	86
Instrumento .....	86
Observación Clínica.....	86
Test psicométrico.....	87
Plan de análisis.....	87
Recolección y procesamiento de la información .....	88
<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>90</b>
Análisis de resultados .....	90
Etapas del tratamiento .....	90
Etapas de pre tratamiento o Evaluación inicial .....	90
Etapas de Tratamiento o Aplicación la Terapia de Valoración Cognitiva .....	95
Etapas de Post tratamiento o Evaluación Final .....	100
Verificación de hipótesis .....	107
Cumplimiento de objetivos .....	108
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>109</b>
Conclusiones .....	109
Recomendaciones .....	111
<b>C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>112</b>
Tangibles .....	112
<b>ANEXOS .....</b>	<b>114</b>
Anexo no.1 hoja de consentimiento informado .....	114
Anexo no.2 historia clínica multimodal para adultos .....	116
Anexo no.3 escala de ansiedad de Hamilton.....	120
Anexo no.4 escala de hamilton para la ansiedad.....	124
Anexo no.5 sesiones individuales de la terapia de vaoloración cognitiva .....	132

## **B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE POST GRADO**

### **INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **INTRODUCCIÓN**

Tomar el camino que me ha llevado al “ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE RICHARD WESSLER EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD Y CON DIFERENTE NIVEL DE INSTRUCCIÓN”, para la elaboración de la tesis de grado como psicoterapeuta, responde a la necesidad que existe en el cantón Tulcán, ya que la violencia intrafamiliar constituye un problema social y de salud pública.

En la Comisaría de la Mujer y la Familia acuden diariamente de cuatro a seis mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y que requieren atención en salud mental para conseguir una estabilidad emocional, y con esto alcanzar el objetivo institucional del buen vivir entre los habitantes de la población.

La terapia habla de procesos no conscientes o reglas personales de vida, de la motivación impulsada por la necesidad de experimentar sentimientos familiares que confirman nuestro sí mismo y por el papel de la vergüenza para mantener nuestros patrones cognitivos, afectivos e interpersonales, es decir que tendemos a experimentar una y otra vez aquellos viejos afectos que nos han acompañado a lo largo de nuestra vida, y que a pesar de ser aparentemente negativos, no lo son, puesto que nos dan una sensación de seguridad.

Los conceptos principales del modelo de Wessler son el afecto personotípico, reglas personales de vida, punto fijo emocional, conductas de búsqueda de seguridad y cogniciones justificadoras. La meta es triple: lograr auto comprensión, auto cuidado emocional y auto respeto.

La intervención terapéutica se estructura en tres pasos, el primero contempla la evaluación del caso, el segundo la aplicación de los métodos y técnicas terapéuticas propias de la terapia de valoración cognitiva en combinación con técnicas cognitivas y conductuales, y la tercera fase consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico.

Este documento está constituido en tres secciones, la primera constituida por paginas preliminares, la segunda por el informe final del trabajo de investigación, el cual hace referencia a la introducción, planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos, hipótesis, justificación del problema de estudio; el Marco Teórico el mismo que pretenden inducir al lector a la temática, sobre la base de reseñarlos científicamente estudiando la variable independiente “Terapia de Valoración Cognitiva” de Richard Wessler y la variable dependiente “Ansiedad”; el marco metodológico con sus métodos y técnicas de investigación, población, muestra, instrumentos, plan de análisis, hallazgos, aplicación y resultados, conclusiones y recomendaciones y la tercera parte conformada por referencias bibliográficas.

Con este estudio se comprueba que la terapia de valoración cognitiva de Richard Wessler es efectiva en la reducción de sintomatología ansiosa en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con diferente nivel de instrucción que acudieron a la Comisaría de la Mujer y la Familia del cantón Tulcán, logrando conseguir las pacientes una disminución de las manifestaciones de ansiedad y un auto conocimiento auto respeto y auto cuidado personal que en definitiva son los objetivos primordiales de esta terapia.

Esta investigación servirá como instrumento básico para la aplicación del mismo en otras Comisarías de la Mujer y la Familia del país.

## **EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema.**

En la provincia del Carchi específicamente en el cantón Tulcán diariamente acuden a la Comisaría de la mujer y la familia un número aproximado de entre cuatro a seis personas, víctimas de violencia intrafamiliar, siendo en su mayoría mujeres, de diverso nivel socio económico, instrucción, etnia o estado civil. La violencia es ocasionada en su mayoría por sus parejas, y con gran frecuencia en sus hogares, trayendo consigo concomitantes negativos de diversa índole tanto a nivel físico, psicológico, social, laboral y familiar.

La afectación clínica psicológica más significativa es la ansiedad, caracterizada por: dificultades en la concentración, presentimientos, preocupaciones, aprensión, agitación psicomotriz, ideas recurrentes, miedo, temor, pesadillas, disminución del apetito, insomnio, palpitaciones, temblores, sequedad de la boca, molestias epigástricas, tensión muscular, cefaleas, sudoración,

sintomatología que es diferente para cada persona en función de diversas variables como: factores de personalidad, habilidades de afrontamiento, apoyo social, duración y grado de violencia.

Debemos tomar en cuenta que los síntomas psicológicos que se presentan surgen como consecuencia de los acontecimientos vividos y no de un desequilibrio anterior.

La violencia intrafamiliar constituye un problema social de salud pública, que no permite a la Comisaría de la mujer y familia del cantón Tulcán contribuir con la Gobernación del Carchi con su objetivo que es el alcanzar el buen vivir entre los habitantes de la provincia del Carchi.

### **Formulación del Problema**

¿La Terapia de valoración cognitiva será efectiva para reducir manifestaciones de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de diferente nivel de instrucción?

## **OBJETIVOS**

### **General**

Determinar el grado de efectividad de la terapia de valoración cognitiva aplicada a mujeres que presentan manifestaciones de ansiedad por violencia intrafamiliar, con diferente nivel de instrucción.

### **Específicos**

- Identificar el nivel de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y el tipo de instrucción.
- Aplicar la terapia de valoración cognitiva para disminuir manifestaciones de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con diferente nivel de instrucción.
- Medir la efectividad de la terapia de valoración cognitiva en mujeres con manifestaciones de ansiedad víctimas de violencia intrafamiliar según el nivel de instrucción.

## **PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS**

### **Hipótesis General**

La terapia de valoración cognitiva es efectiva en mujeres con manifestaciones de ansiedad víctimas de violencia intrafamiliar de distinto nivel de instrucción.

## **JUSTIFICACIÓN**

La violencia intrafamiliar es una violación de derechos humanos, un problema de salud pública y uno de los principales obstáculos al desarrollo de los países, que afecta a 7 de cada 10 mujeres a nivel mundial. En el Ecuador, la violencia contra la mujer ha sido denunciada por el movimiento de mujeres desde la década de los 80, resultado de esto en el Ecuador en 1994, se crean las primeras Comisarías de la Mujer y la Familia, y en 1995 se crea la Ley contra la violencia de la mujer y la familia. En el año 2011 en Ecuador se realiza por primera vez una investigación sobre este tema y es la segunda en la región después de México. Los resultados de la primera encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género realizada por el Instituto de Estadística y Censo INEC, emitidos en marzo del 2012 reveló que 6 de cada 10 mujeres en nuestro país han sufrido algún tipo de violencia, siendo la psicológica la más recurrente con el 53,9%.

A nivel nacional en las Comisarías de la mujer y la familia se han registrado 83.115 denuncias, en la Comisaría de la mujer y la familia del cantón Tulcán, se registra en el 2011, 980 denuncias, motivo por el cual abordar este tema es de gran importancia y más aun desde el ámbito de la psicología ya que si bien es cierto conocemos la existencia de este problema, en la provincia del Carchi específicamente en el cantón Tulcán, no se ha implementado hasta la actualidad ningún programa de intervención en salud mental para las víctimas de violencia intrafamiliar. Hasta al año 2011 ninguna de estas víctimas recibió atención psicológica, ni tratamiento especializado, lo que trae como consecuencia la recurrencia de la denuncia, convirtiéndose la violencia en un círculo vicioso con el consiguiente problema social que esto ocasiona. Este estudio es importante porque a través de el mismo por primera vez en la Comisaría de la familia del cantón Tulcán se va a llevar a cabo un estudio mediante el cual se realizara una intervención con terapia de valoración cognitiva, dirigida a personas con diferente nivel de instrucción, además es una forma de terapia adecuada para trabajar en un medio público, según indica su creador Richard Wessler. Con este estudio comprueba la efectividad de la

terapia, y servirá como un instructivo básico para la aplicación del mismo en otras Comisarías de la mujer y en otras dependencias públicas.

Este trabajo se realizará en la Comisaría de la mujer y la familia del cantón Tulcán, y la investigación consiste en conocer la efectividad de la terapia de valoración cognitiva en manifestaciones de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del durante el segundo periodo del 2012.



## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPITULO I**

#### **1. TERAPIA COGNITIVA DE WESSLER**

##### **1.1 Desarrollo Histórico**

Wessler desarrollo una forma de psicoterapia cognitiva denominada terapia de valoración cognitiva (TVC), a finales de los 80 y principios de los 90. Surge de la terapia cognitiva, a partir de los modelos de la terapia cognitiva de Beck (TC) y de la terapia racional emotiva de Ellis (TRE), pero que le da más importancia al papel del afecto (Wessler, 1993).

La experiencia clínica de los autores de esta terapia reveló una necesidad de modificación en la TRE y en la TC, al menos cuando se emplean en su forma más pura y pretende cubrir sus limitaciones. La TRE es demasiado dogmática teóricamente con su insistencia de que las expresiones absolutistas de los “tengo que” son la causa de la mayoría de las perturbaciones psicológicas (Wessler, 1988<sup>a</sup>). La aplicación de la TC es limitada poniendo énfasis en la Distimia.

Por lo cual Wessler desarrolla una terapia de tipo integrador que aúna aspectos de la psicología social interpersonal, el consejo afectivo experiencial, la terapia de relaciones objétales y el concepto de esquema y algoritmo de la psicología cognitiva. Se considera que está a medio camino entre los modelos cognitivos de reestructuración y los constructivistas, porque asume principios racionalistas, pero se centra en el papel del afecto y favorece un estilo poco divertido, no basado en el empirismo colaborador, ni en la estructuración de las sesiones.

Muchas de las ideas teóricas son similares a las expresadas por Guidano y Liotti (1983), pero su trabajo sobre la terapia cognitivo estructural no se había publicado cuando se inicio con la TVC.

Debido a que la terapia de valoración cognitiva deriva tanto de la TRE (Ellis, 1962), como de la TC de Beck (Beck, 1979) y ésta pretende modificar las limitaciones de estas terapias cognitivas. Con respecto a la TRE, se deben considerar las siguientes limitaciones:

- No diferencia entre cogniciones descriptivas (observaciones) y evaluativas (valoraciones con implicación emocional). Ellis asume posteriormente esta diferencia (Ellis, 1989).
- Las creencias irracionales imperativas, como deberías) no siempre generan trastorno emocional. No hay evidencia suficiente de que siempre lo hagan.
- Rechazo del dogmatismo anti-religioso de Ellis. Se trabaja con los valores religiosos del paciente y no contra ellos.
- No tiene en cuenta la historia evolutiva personal como vía de autoconocimiento, cambio y comprensión del desarrollo de las creencias disfuncionales del paciente.
- Utilización de métodos más colaborativos y no tan confortativos y discutor como en la TRE; y que pueden deteriorar la relación terapéutica con algunos pacientes.

La TVC (Wessler, 1986, 1989) se suele asemejar más a la TC (Beck, 1979), pero también detecta una serie de limitaciones y diferencias con este modelo:

- A la triada cognitiva de Beck (Beck, 1979) sobre contenidos cognitivos referentes a sí mismo, mundo y futuro, se añaden las cogniciones sobre eventos pasados. Muchos de los esfuerzos de la TVC, están dirigidos a comprender y modificar las visiones de los pacientes sobre su historia personal pasada.
- La TVC, se centra rápidamente en la modificación de las reglas personales de vida (supuestos personales en la TC). El nivel de los pensamientos automáticos solo se utiliza para acceder a esas reglas y no se trabaja su modificación previa.
- Igual que la TRE presta poca atención a la historia evolutiva personal.
- No utiliza autos registros típicos de la TC.

Esta forma de terapia cognitiva se propone para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad; y para otros trastornos en combinación con otras técnicas conductuales. Esta forma de terapia cognitiva puede ser una de las más adecuadas para trabajar en un medio público con pacientes de un nivel cultural no superior a los estudios primarios y con escasa

cultura psicológica. Esta inferencia se apoya en la experiencia de su autor y en su bajo nivel de exigencias de conocimientos psicológicos para sus clientes potenciales. La falta de estudios que demuestren la superioridad de un tipo de terapia cognitiva sobre otra (salvo en ciertas categorías diagnósticas, por ejemplo depresión) escogemos esta posibilidad.

## **1.2 Fallo en el tratamiento**

Para Wessler el fallo de tratamiento se refiere a nuestros intentos por lograr saber nuestro mundo social y nuestro lugar en él; ¿qué controla estos intentos?

La respuesta que da Wessler gira alrededor de una serie de procesos no conscientes o reglas personales de vida, de la motivación impulsada por la necesidad de experimentar sentimientos familiares que confirman nuestro así mismo (teoría de la auto confirmación) y por el papel de la vergüenza para mantener nuestros patrones cognitivos, afectivos e interpersonales.

Lo que nos dice el modelo de Wessler, entonces, es que tendemos a experimentar una y otra vez aquellos viejos afectos que nos han acompañado a lo largo de nuestra vida, y que a pesar de ser aparentemente negativos, no lo son, puesto que nos dan una sección de seguridad. Somos adictos a nuestros afectos (Wessler y Hankin-Wessler, 1991).

## **1.3 Definición**

El término valoración cognitiva fue tomado de los escritos de R.S. Lazarus y Folkman sobre el estrés y la emoción (Lazarus y Folkman, 1984: Pág. 556).

Las cogniciones (o conocimiento) y las valoraciones (o evaluaciones) de sí mismo, de otras personas y de las situaciones son aspectos cruciales de las emociones y de las acciones (Wessler, 1986).

La TVC supone una interdependencia de los acontecimientos cognitivos, afectivos, conductuales y una necesidad de integrar los esfuerzos terapéuticos en todos los aspectos del tratamiento.

## **1.4 Conceptos Teóricos**

Entre los principales conceptos teóricos del modelo de Wessler que coadyuvan a efectuar un acercamiento conceptual respecto de la problemática me permito enunciarlos a continuación (Wessler, 1993, 1997 y Hankin-Wessler, 1997).

### **1.4.1 Reglas personales de vida**

Las personas tienen guías personales para evaluarse a sí mismos, a los otros, los eventos presentes, pasados, expectativas futuras y guías para la acción. Las reglas personales a menudo son inconscientes. No son racionales ni irracionales sino que generan problemas cuando se aplican con rigidez o a contextos no útiles. A menudo pueden entrar en conflicto entre sí, generando trastorno emocional.

Son versiones personales de relaciones correlacionadas y de causa-efecto, y de principios y valores sociales. Nos dice cómo es la naturaleza de las cosas y cómo debemos comportarnos. Forma mapas cognitivos que explican la consistencia de la conducta y el efecto a lo largo del tiempo y del lugar; se infiere a partir de lo que una persona dice, sus opiniones y sus patrones de acción.

Consideramos a las personas como criaturas gobernadas por reglas que aplican a situaciones específicas de la vida, reglas que aplican según entiendan estas situaciones. La gente emplea sus reglas para adaptarse a las situaciones, aunque pueden aplicar las reglas sin darse cuenta de lo que están haciendo; los resultados de aplicar sus reglas están normalmente mezclados y distan mucho de ser totalmente satisfactorios. En cierto modo “somos nuestras reglas” (Caballo, 1998: Pág. 558).

Un ejemplo: una mujer joven se describía a sí misma habiéndose criado en una familia descuidada, en la que había aprendido la regla que “una buena chica es vista pero no oída, y tengo que ser siempre una buena chica”. Se convirtió en una persona reservada, poco asertiva, respondiendo a las necesidades de los demás antes que a las suyas propias y rehuendo al éxito personal. Había rechazado continuamente ascensos, había evitado retos y no tenía relaciones íntimas. Hasta que esta mujer viese cómo y por qué había adquirido esas reglas sobre sí misma, era probable que permaneciese ansiosa y reservada, el tratamiento que le había dado su familia había sido tácitamente introyectado tanto en sus reglas personales como en su auto concepto, e interactuaba con el mundo en formas que garantizaran el mantenimiento de sus reglas personales. El proceso de tratamiento implica ayudar a revalorar esas

reglas, basadas sobre los puntos de vista de dos personas, sus padres y también las que había generalizado a todo el mundo.

Los orígenes de las reglas personales no yacen en su inferioridad intrínseca, sino en un conjunto de suposiciones basadas en su historia pasada. Las reglas se adquieren, a menudo, a una edad temprana y se resisten al cambio, debido a que están fundamentadas sobre la autoridad de los propios padres.

Las reglas sobre las cuales vive la gente las denominamos reglas personales de vida. Según Beck “La persona utiliza una especie de libro de reglas mentales para guiar sus acciones y autoevaluarse a sí mismo y a los demás. Aplica las reglas para juzgar su propia conducta y la de los otros es “correcta” o esta “equivocada”.... Empleamos las reglas no solo como directrices del comportamiento, sino también para proporcionar un marco que sirva para comprender las situaciones de la vida” (Beck, 1976: Pág. 42)

Las reglas personales de vida pueden ser guías explícitas pero más a menudo son implícitas. Las reglas implícitas o no conscientes se infieren de las observaciones de la conducta, observando que la persona se comporta como si estuviera guiada por una determinada regla. La persona no puede darse cuenta de sus reglas y, por consiguiente, no puede describirlas cuando se le pregunta. Sin embargo las reglas pueden inferirse a partir de las pautas de acción y emplearse para explicar y predecir otras acciones.

Las reglas personales de vida también son estructuras cognitivas que representan la versión idiosincrásica de una persona sobre las relaciones, sometidas a leyes, entre los acontecimientos psicológicos y sociales, y los principios morales y éticos de una persona sobre lo correcto y lo incorrecto. Una regla personal expresa que es lo que existe o que es lo que debería existir o las dos cosas. Pueden ser conscientes e inconscientes y de dos tipos descriptivas o prescriptivas.

Las reglas descriptivas nos dicen lo que pasa y son reglas naturales o expresiones que demuestran como una persona entiende la ordenación de los acontecimientos en el mundo social o natural.

Pueden ser, tácitas o explícitas, pero en cualquier caso nos permite predecir elementos de nuestra vida, hacer que sucedan los acontecimientos y realizar acciones adaptativas. Por ejemplo, “cuando algo no me sale bien, pienso que no valgo para nada”. Pueden ser proposiciones correlacionales o bien de causa y efecto. La gente necesita suponer ciertas relaciones, sometidas a leyes, con el fin de predecir los acontecimientos, seguir una acción adaptativa y sentirse segura. A veces, las reglas personales se expresan verbalmente en forma de aforismos, como “el trabajo duro

lleva al triunfo”, en forma de avisos como “no te fíes de nadie que no sea tu familia” en forma de consejos para relacionarse con los demás, como “si eres bueno con los demás, los demás serán buenos contigo”, o en forma de palabra de consuelo como “confía en Dios”.

Las reglas prescriptivas o predictivas o morales, son aprendidas desde la infancia y especifican que debería ser, como se debería actuar y como deberían comportarse los demás. Son proposiciones sobre la conducta correcta y sobre la conducta ética. Son versiones personales de principios morales y valores sociales, según los entiende un individuo, y nos dan la base para la evaluación de las acciones propias y ajenas, así como para evaluarse a sí mismo y a los demás, de forma total. Un ejemplo “tengo que trabajar duro para considerarme una buena persona”, si pienso que “no valgo para nada, mejor lo dejo y no lo sigo intentando al haber fracasado”. Esta clase de regla forma la base de las valoraciones de los fenómenos sociales y se encuentra implicada en el proceso afectivo como la vergüenza.

Las experiencias afectivas como a vergüenza, culpa, ira, remordimiento y celos, implican claramente a sí mismo y al propio sistema de valores (Lewis, 1987). La autoestima proviene de verse a uno mismo actuando de forma consistente con las propias reglas personales preceptivas. La culpa y la vergüenza provienen del no cumplimiento de las propias reglas personales preceptivas y de la autovaloración negativa que acompaña a esa falta de cumplimiento.

Las reglas personales de vida pueden interactuar o chocar mutuamente y esta interacción o conflicto es a menudo el centro de la terapia de valoración cognitiva. El fracaso para reconocer y reconciliar las reglas personales conflictivas conduce a la angustia psicológica.

Por ejemplo, una mujer reveló una regla personal que decía: si te diviertes eres una idiota, y eso significa no divertirse, mis sentimientos de depresión proporcionan una gran evidencia de que no me estoy divirtiendo y, por consiguiente, soy una buena persona. Conscientemente no quería sentirse deprimida, sino que quería divertirse. De esta manera se sentía deprimida debido al auto condena si trataba de divertirse y deprimida también debido a la privación de experiencias agradables si no se divertía.

Las reglas personales de vida funcionan de tres maneras (Wessler. 1998b). Primero, puede haber mediadores cognitivos de la experiencia afectiva. Segundo, funcionan como componentes de un sistema interactivo de cognición, afecto e interacción. Tercero, hay algoritmos no conscientes para las respuestas basadas en los valores.

Un algoritmo no consciente es una vía almacenada para el procesamiento automático de la información social. Este procesamiento automático no consciente no está bajo el control de la persona, está bajo el control de la persona, del ambiente y se activa por estímulos relevantes de la situación ambiental. Lewicki señala “cuando la gente aprende un nuevo algoritmo cognitivo (como el reaccionar de un cierto modo a determinados estímulos), que sigue un proceso de aprendizaje controlado conscientemente, y luego repite una serie de veces lo aprendido, sucede a menudo que el algoritmo aprendido se vuelve automático y empieza a funcionar sin mediación del conocimiento consciente ...(sin embargo), el procesamiento humano de la información implica en sus distintos niveles, numerosos algoritmos no conscientes: 1) que nunca se han aprendido a nivel consciente, 2) que funcionan totalmente fuera del control consciente, y 3) que no están disponibles, para que una persona que siga estos algoritmos, de una manera que no sea la proporcionado por un “punto de vista externo” sobre su funcionamiento” (Lewicki, 1986: Pág. 561).

Las reglas personales de vida, pertenecen a algo más que a los esquemas no conscientes que producen cogniciones evaluadoras específicas. Sino que pertenecen a un aspecto importante de la personalidad., los mapas cognitivos que explican la consistencia de la conducta y del afecto a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Son estructuras fundamentales que definen a la persona y a su integridad como individuo.

Las reglas sobre si mismo constituyen una base para la motivación. Una persona está motivada en parte, por las reglas que dicen como se debería sentir. (A menudo estos sentimientos, impuestos no conscientemente, son categorizados por la persona, de forma consciente, como negativos). Se puede descubrir reglas personales sobre las experiencias afectivas apropiadas, de la misma manera que cualquier otra regla personal, es decir, haciendo inferencias a partir de la conducta verbal y no verbal de la persona. Es crucial inferir reglas personales sobre el afecto, en vez de suponer que el paciente tiene conocimiento de ellas (Caballo, 1998: Pág. 561)

#### **1.4.2 Cogniciones justificadoras**

En la terapia de valoración cognitiva, cognición y afecto se trabaja de forma bidireccional. Es decir, se cambian cogniciones cuando es necesario, y se cambian sentimientos cuando se cree que éstos están generando pensamientos. Se definen como pensamientos que sirven a los afectos personotípicos y que proporcionan racionalidad a los sentimientos, por ejemplo, “no sirvo para nada”, “nunca seré feliz” (Caro, 2011: Pág. 65).

El cambio terapéutico en el modelo de Wessler es radicalmente diferente al propuesto por los modelos clásicos de terapia cognitivo. En primer lugar, se busca el afecto personotípico viendo el efecto negativo a qué punto fijo emocional sirve. Después se detecta y trabaja con las cogniciones justificadoras y después con conductas buscadoras de seguridad.

La meta es triple:

- a) Lograr la auto comprensión
- b) Lograr el auto cuidado emocional
- c) Lograr, finalmente, el auto respeto.

Se utiliza un lenguaje coloquial, lo menos técnico posible, y se fomenta mucho la alianza terapéutica (incluso con la auto manifestación del terapeuta, véase Halkin-Wessler ,1997), ya que es un tipo de terapia que necesita de un contexto relacional adecuado.

Para llevar a la práctica este estilo, no hay estructura, ni tarea, ni se asumen los mismos principios de debate en los modelos clásicos. Por ejemplo, respecto a las reglas personales de la vida, no tiene sentido plantearle al paciente que son irracionales o que no están basadas sobre los hechos. Por el contrario debe tratarse su origen y hacer que el paciente logre un insight sobre un libro de reglas que lo invita a modificarlas.

En cuanto a las cogniciones justificadoras no se puede modificar la forma clásica en terapia cognitiva (ésta se utiliza cuando la distorsión se aprende directamente), si un persona sabe que no son verdad. Hay que explicar al paciente que están creadas por su mente no consciente que le dicta como debe sentirse. Para trabajar con el afecto se estimula y se apoya que el paciente haga lo contrario de lo que se hace habitualmente, que actúe de forma moral, que se conforte, que disminuya sus sentimientos y que ponga en marcha auto instrucciones de afrontamiento. Para trabajar con las conductas se alienta, expresando su código moral, para lograr el auto respeto (Caro, 2011:Pág. 66)



La mayoría de clases de terapia cognitiva están de acuerdo con la proposición de que las cogniciones controlan las emociones y sentimientos, y que el afecto perturbador es el resultado de evaluaciones e inferencias erróneas (Raimy, 1976; Wessler, 1986b). Este punto de vista es consistente con las explicaciones teóricas con la emoción que enfatiza el papel mediador crucial de la cognición en los procesos emocionales (Lazarus y Folkman, 1984; Plutchik, 1980). Las reglas personales de vida son cogniciones que median los sentimientos y, cuando no son conscientes, funcionan como algoritmos no conscientes.

En la TVC, las cogniciones tienen un papel adicional. Ciertas cogniciones pueden añadirse a los sentimientos con el fin de justificar la experiencia de los sentimientos, o con el fin de producir los sentimientos, o para apoyar las conductas defensivas. Las cogniciones justificadoras constituyen una categoría diferente de cogniciones desadaptativas, diferenciándose de las reglas personales de vida en que no son expresiones de valía o leyes sobre como estar en el mundo, sino que son negaciones o racionalizaciones defensivas, cuyo propósito es proporcionar razones para ciertos sentimientos y las conductas que les siguen (Caballo, 1998: Pág. 562)

Las cogniciones justificadoras dan a la persona razones plausibles para sentirse como lo hace. Sin embargo la persona puede considerar que el pensamiento o la afirmación carece de credibilidad y puede incluso reconocer que es inconsistente con los hechos establecidos. Estas cogniciones no pueden examinarse o rebatirse de la manera que es típica de la TC o de la TRE, debido a que la persona no cree en ellas en absoluto o no cree totalmente en ellas; de este modo, no hay nada que examinar o rebatir.

Un psicólogo informó tener ataques de ansiedad asociados con el pensamiento de que sería demandado por negligencia y comportamiento poco ético. Se le había dicho que entregase sus registros cuando así lo deseara su paciente. Si era incapaz de localizar algunos de los registros, se ponía muy nervioso y permanecía así durante varios días, hasta que sus colegas, de forma independiente, le volvían a asegurar que no habría una investigación ética o demanda por negligencia. Luego se dio cuenta de que había creado su propia ansiedad, ya que se practicaba demasiado bien y sus pensamientos de condena

inminente eran simplemente cogniciones para justificar la ansiedad y la vergüenza que experimentaba cuando actuaba mejor de lo que había pensado que lo haría. En otras palabras, había violado una regla personal y se sentía ansioso, pero justificaba su sentimiento con cogniciones justificadoras negativas sobre el futuro (Caballo, 1998: Pág.563)

### **1.4.3 Afecto personal típico**

Es el concepto central y representaría nuestros sentimientos emocionales que re- experimentados una y otra vez. Al haberlos aprendido en la infancia (las familias son subculturas) nos parecen como naturales y propios de nosotros. Su finalidad es, darnos una sensación segura de lo familiar. Por ejemplo, aunque lloramos en las películas dramáticas o pasamos miedo en las de terror volvemos a verlas una y otra vez. Igualmente, no dejamos de practicar deportes de riesgos. Al girar alrededor de las emociones Wessler aísla como principales afectos fundamentalmente los siguientes: la vergüenza (el principal según el modelo), la ira, la culpabilidad, el miedo y la autocompasión (Caro, 2011: Pág. 64).

Cada persona experimenta ciertos afectos más frecuentemente que otros, denominamos a estos afectos predominantes afectos personotípicos. Se originan en las primeras experiencias de socialización de la persona. Más tarde esos afectos se evocan más fácilmente que otros y están más frecuentemente implicados en las interacciones sociales. También es probable que ciertos individuos estén predispuestos genéticamente a responder a los estímulos ambientales con mayores niveles de afecto negativo, lo que en algunos casos puede ser un agravante desadaptativo; niveles muy elevados de ansiedad provocan trastornos en el sistema inmune y en las divisiones simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, dando como resultado trastornos psicósomáticos y síntomas histéricos de conversión (Padres, Kaufmann, Pincus y West, 1989). Aunque las emociones tienen correlatos fisiológicos y algunas expresiones emocionales son innatas, la frecuencia y la intensidad de los sentimientos están modeladas por las primeras experiencias (Caballo, 1998: Pág. 563)

Es útil considerar a cada familia como una subcultura con sus propios patrones distintivos sobre el conocer, el actuar y el emocionarse. Un niño absorbe, de forma no crítica un gran repertorio de hábitos provenientes de los padres y de otros agentes socializantes. Lo mismo que el niño imita a modelos de

actuación y pensamiento, también imita el niño modelos de emociones y recibe reforzamiento dentro del sistema familiar.

Liotti ofrece una explicación similar para la adquisición y mantenimiento de los esquemas emocionales: el niño con su limitada capacidad para pensar de forma crítica posee esquemas emocionales que se han formado durante interacciones familiares emocionales; esquemas que probablemente se repetirán y se reforzarán en interacciones posteriores (Liotti, 1986). Este modeladores reforzado por parte de personas significativas y deja pocas oportunidades para informaciones alternativas sobre la propia identidad.

Los padres y otras personas significativas pueden imponer descripciones dogmáticas del carácter del niño y de la realidad, de modo que las descripciones se aceptan como verdaderas, sin sombra de duda.

Los algoritmos asociados con las experiencias afectivas se aprenden, habitualmente en las primeras etapas de la vida y se perpetúan por medio de las interpretaciones sesgadas de los datos por parte de las personas, “una tendencia inicial aumenta la probabilidad de que un estímulo posterior se codifique (se perciba) de una manera que consciente y apoye la tendencia inicial...y el siguiente estímulo relevante sería codificado de una manera incluso más sesgada... En los niños pequeños se dan condiciones especialmente propicias para el funcionamiento de este proceso que se perpetua a sí mismo” (Lewicki, 1986: Pág. 3)

Un terapeuta de la TVC, cree que la comprensión cognitiva es solo una de las variables que proporcionan introspección al paciente y al terapeuta; no somos solo criaturas gobernadas por reglas y por consiguiente necesitamos investigar los patrones afectivos comunes que manifiestan nuestros pacientes y clarificar estos sentimientos, especialmente cuando dichos sentimientos interfieren gravemente con sus vidas. Ahora bien cabe citar el caso de un paciente que afirmaba “estoy muy nervioso y muy deprimido. He estado así toda mi vida. Me siento muy culpable, por que cuando le cuente mi vida le parecerá que está muy bien”.

Al investigar la historia personal de este hombre se descubrió las siguientes cuestiones:

1) Historia de distimia y ataques de pánico

## 2) Madre con historia de depresión y abuso de alcohol

El paciente compartía las reglas personales de su madre, según lo infirió el terapeuta; estas incluían “no te fíes de nadie”, “después de un acontecimiento bueno, viene la desgracia” y “nuestra familia tiene poca suerte intrínsecamente y está condenada al fracaso”; el padre del paciente había abandonado la familia cuando este tenía tres años, proporcionándole evidencia de que no tenía que confiar en nadie. El paciente informó también que sus ataques de pánico empeoraban cuando las cosas iban bien. Su afecto personal típico era, obviamente, la causa del dolor que tenía en la parte baja de su espalda y para el que su médico no podía encontrar una causa fisiológica. El paciente estaba avergonzado también de sus sentimientos, puesto que no podía encontrar razones concretas para ellos, excepto saber que su madre sentía, en gran medida, lo mismo que él (Caballo, 1998: Pág. 564).

Los patrones afectivos familiares necesitaban ser explorados y clasificados. Algunas familias parecen ser propensas a la culpa y a la ansiedad, mientras que otras son notablemente hostiles en sus interacciones; algunas familias en las que los miembros parecen aguantar pacífica y tranquilamente pueden ser sistemas en los que hay una negación de todos los sentimientos negativos, y los miembros de la familia a menudo se desprenden de las experiencias afectivas más dolorosas. El paciente siente que ciertos patrones afectivos son familiares y “correctos” proporcionándole un “ambiente seguro”, en el sentido de que esos sentimientos proporcionan a los pacientes una confirmación de sus expectativas sobre el mundo y sobre ellos mismos. Dichas expectativas constituyen la base para muchas historias jocosas familiares; historias sobre madres que continuamente encuentran causas de preocupación cuando no existe ninguna, padres que continuamente se enfadan por cuestiones triviales, abuelas que aunque son dulces, amables y no critican o se enfadan es desagradable estar con ellas y es difícil llegar a conocerlas. Es necesario señalar y dar a conocer a los pacientes el por qué de estos patrones familiares emocionales y además mostrarles por qué persiguen consciente o inconscientemente sus sentimientos para encontrar sentido al mundo. Con su afecto personal típico los pacientes han experimentado su mundo únicamente desde sus perspectivas. Cuando logran ver estos patrones idiosincrásicos de sentimientos como hábitos, la mayoría de ellos adquiridos en la infancia puede alentar y planificar cambios conscientes, y más tarde, tendrán lugar tácitamente cambios inconscientes (Caballo, 1998: Pág. 565).

### **1.4.4 Conductas o maniobras de búsqueda de seguridad**

Son conductas interpersonales que “arrastran” respuestas previsibles en otras personas y estas respuestas estimulan en el actor sentimientos previsibles. Son acciones que influyen en el ambiente social y en la persona de forma que sus respuestas promueven los afectos personotípicos devolviendo una sensación de seguridad a la que somos adictos; es decir, se vuelve al punto fijo emocional, que nos muestran las reglas que dicen cómo debemos sentirnos y entender lo que una persona puede hacer, no como algo defectivo sino en búsqueda de la seguridad. Ejemplo de ello sería “no defenderse” o “no saber establecer límites” (Caro, 2011:Pág. 65).

Una hipótesis básica de la TVC es que el individuo perseguirá estados afectivos familiares, a menudo, sin su conocimiento consciente. Las personas buscan seguridad de sus experiencias familiares en vez de buscar pacer y evitar el dolor; mientras que las conductas de búsqueda de seguridad son acciones que construyen la realidad de una manera tal que los resultados producen sentimientos de seguridad en la persona.

Los estados afectivos buscados pueden ser “negativos” (como la ansiedad, la tristeza y la vergüenza), si las primeras experiencias de socialización tuvieron lugar dentro de una familia culturalmente desadaptada que modelaba y reforzaba esos sentimientos. Los individuos se encuentran motivados para re-experimentar determinados afectos, que desde la infancia les han parecido naturales.

Como afirmábamos en el apartado anterior, la preferencia por un estado emocional se adquiere a través de la exposición repetida. Los sentimientos de seguridad provenientes de las experiencias negativas son patológicos y culturalmente desadaptadas, aunque pueden haber sido adaptativos en otra época de la vida de la persona y continúa siéndolo en ciertas situaciones.

Patrones que encajan en la situación familiar son des adaptativos en una época posterior de la vida, cuando la subcultura de la familia no es representativa de la cultura de la sociedad más amplia. En este caso, el individuo se encuentra equipado pobremente para interactuar con otras personas, excepto con aquellas que responden o que respondan igual a como lo hacían los miembros de su familia estimulando involuntariamente el afecto negativo no conscientemente.

Una suposición básica de la terapia de valoración cognitiva es que la gente no solo intenta evitar experiencias negativas afectivas y defenderse de ellas, sino que también busca estimularlas. Se dedica a la defensa y a las maniobras de búsqueda de seguridad con el fin de mantener o restaurar un grado optimo de sentimientos familiares que incluyen el reasegurarse que uno no se enfrente con estímulos nuevos, con los que han afirmado su

identidad y que puede predecir con exactitud las respuestas propias y las de otras personas (Caballo, 1998: Pág. 566).

Además de buscar situaciones que crean ciertos sentimientos, la gente puede llevar a cabo conductas interpersonales que produzcan determinadas consecuencias consideradas negativas y que no requieran de interpretaciones especiales para crear afectos negativos. La hipótesis de auto confirmación afirma que la gente interactúa según patrones que extraen respuestas predecibles de otras personas y que producen sentimientos familiares en el actor.

Andrews revisó estudios de datos consistentes sobre la hipótesis de auto confirmación y que apoyaban la idea de que uno incita a los demás a responder de un modo que confirme el propio auto concepto cognitivo y que estimule sentimientos familiares.

La identificación de las maniobras de seguridad de una persona se hace por medio del análisis de patrones – acciones recurrentes que producen resultados predecibles, de los cuales podrían interpretarse como si la persona los planificara; una práctica que es consistente con las conceptualizaciones contemporáneas de un inconsciente cognitivo (Kihlstrom, 1987: Pág. 566).

Buscamos patrones de conducta que provoquen respuestas en los demás y en ellos mismos, y que validen las imágenes negativas de uno mismo experimentadas como afecto. La conducta de evitación grave es un ejemplo de una maniobra de búsqueda de seguridad que produce vergüenza, ansiedad y depresión.

No se considera a la evitación en términos de recompensa a largo plazo debido a que la persona no es recompensada, sino que se encuentra obsesionada por sentimientos de vergüenza y ansiedad.

Las cogniciones justificadoras que fomentan la evitación incluyen tener miedo a salir de la seguridad de no hacer nada y no tiene sentido hacer algo porque es lo mismo. La utilización incorrecta del tiempo, en general es un modo en que la gente estropea las relaciones. El actuar de forma poco fiable y el ser olvidadiza de una manera pasivo agresiva provoca respuestas negativas en otras personas. El malgastar el tiempo, la falta de la productividad necesaria y el fracaso en cumplir con las fechas límite da como resultado reprensiones para uno mismo y para los demás.

Las maniobras de búsqueda de seguridad explican algo que podría ser misterioso desde un punto de vista racional y/o hedonista. Se supone, desde un punto de vista racional y/o hedonista, que la persona actúa según sus intereses más importantes, fomentando el alcance de los objetivos mantenidos conscientemente y por la obtención de resultados agradables o satisfactorios. Cuando la persona actúa de modo que impide el logro de objetivos conscientes deseados, se dice que actúa defensivamente para evitar la activación de la ansiedad. Por ejemplo, un hombre evitaba contactos sociales con mujeres, aunque su objetivo consciente era tener una relación romántica; sin embargo su evitación le hacía también sentirse avergonzado, debido a su falta de éxito y de mantener una imagen de sí mismo como una persona débil y poco eficaz. Si un examen de su historia personal estableciese este patrón de auto confirmación, entonces concluiríamos que el patrón es de búsqueda de seguridad, en vez de defensivo (Caballo, 1998: Pág. 567)

#### **1.4.5 Punto fijo emocional**

El punto fijo sería un tipo de regla personal no conscientes que configura como se debe sentir una persona, en segundo lugar sirve para mantener el balance afectivo y cognitivo como un punto homeostático, como una especie de “chivato” o de “termostato afectivo”. Si necesitamos experimentar la vergüenza, y no lo estamos logrando, buscaremos este afecto persona típico de diversas maneras. Ahí entra a jugar un papel importante, el de las conductas y maniobras buscadoras de seguridad de las cogniciones justificadoras. (Caro, 2011: Pág. 65)

La TVC postula un punto fijo emocional que actúa regulando las experiencias afectivas, cuando las experiencias afectivas se desvían de un cierto rango, empieza a tener lugar un proceso de autorregulación que produce el afecto de retornar los sentimientos de la persona a aquellos que le son más familiares. Tanto para las experiencias agradables como para el alivio de las experiencias desagradables, éste proceso es el mismo que el bien conocido como retorno homeostático a los estados óptimos; en general, la gente prefiere experiencias positivas afectivas a experiencias negativas, y es probable que actúe de una manera que le ayude a mantener sus sentimientos positivos (Isen, 1984: Pág. 567).

Sin embargo, suponemos que la gente está también motivada para buscar experiencias desagradables y encontrar alivio de las agradables.

Ejemplos de búsqueda voluntaria de experiencias afectivas negativas incluyen el sentir miedo en una película de terror, sentir ansiedad mientras se observa una peligrosa actuación en el circo y sentirse triste con la trágica muerte de un héroe de ficción, estas experiencias se buscan después de llegar a la decisión consciente de hacerlo, es decir, una decisión de re experimentar ciertos afectos que, aunque puedan ser negativos, la persona los considere deseables. La observación clínica indica que se tomen decisiones similares de forma no consciente convirtiendo al individuo participante más que en espectador.

Para la mayoría de gente las experiencias afectivas familiares son positivas, sin embargo, para esa mayoría y para algunas personas en particular la seguridad proviene de estados emocionales negativos.

Una revisión de la investigación apoya esta suposición. Schwartz (1986) describió la relación entre las cogniciones positivas y las cogniciones negativas en el dialogo interno. Los estudios mostraban una razón de 0,63 pensamientos positivos a 0,37 pensamientos negativos en las personas que funcionaban bien. Para las personas moderadamente ansiosas o deprimidas, la razón era de 0,50, mientras que en personas más perturbadas mostraban una razón de 0.37 pensamientos positivos a 0,63 pensamientos negativos. De acuerdo a estos hallazgos las personas que tienen determinadas experiencias positivas que podrían desbaratar su razón típica, resultaba esa razón buscando experiencias negativas y/o interpretando los acontecimientos de un modo negativo, tanto si los hechos encajan con la interpretación o no. De esta manera la persona tiene no solo equilibrio cognitivo, sino también un equilibrio afectivo.

El punto fijo emocional funciona como el control de regulación (termostato) de un sistema de calefacción central. Cuando la persona se siente mejor encuentra pronto formas para sentirse peor. Por ejemplo un hombre muy ansioso mantenía altos niveles de ansiedad al estar obsesionado constantemente por la posibilidad de una enfermedad terminal y de muerte; veía cualquier pequeña dolencia como evidencia de que se estaba muriendo. Una opinión tranquilizadora de uno de sus muchos médicos le proporcionaba cierto alivio durante unos días, pero después buscaba los criterios de otros médicos en un intento de apoyar sus temores (Caballo, 1998: Pág. 568).



#### **1.4.6 Historia evolutiva fenomenológica**

Es crucial para evaluar las reglas personales pues proporcionan auto-comprensión y facilita tanto la relación terapéutica como la modificación de las reglas. A menudo estas reglas derivan de personas significativas que moldearon y orientaron la conducta del niño y que ahora se han hecho rígidas.

#### **1.4.7 Énfasis holístico**

Importa no solo modificar cogniciones disfuncionales sino que el paciente tenga una visión más global y auto-comprensiva de la continuidad pasado-presente y previsiones futuras en cuanto a sus reglas personales.

#### **1.4.8 Factores bioquímicos**

Son el sustrato de las reglas personales. Cuando se detectan alteraciones bioquímicas o se sospecha que un trastorno puede tener un componente biológico el uso de medicación y otras medidas biológicas son necesarios; convirtiendo al diagnóstico en una herramienta importante.

#### **1.4.9 Modelo Psicológico**

Se acepta el modelo del episodio emocional de Plutchik que distingue los siguientes componentes del episodio emocional:

Estímulo interno o externo -----> Cognición (descriptivas, inferenciales, evaluativas) ----- -----> Emoción -----> Activación fisiológica -----> Impulsos para la acción -----> Conducta manifiesta -----> Efectos de la acción.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Plutchik, 1985: Pág. 183).

Éste modelo permite conceptualizar los problemas del paciente en uno o varios eslabones de la cadena emocional, siguiendo la guía de la intervención terapéutica.

### **1.5 EVALUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE PROBLEMAS**

Wessler -1986, 1989, 1990, 1991- utiliza con frecuencia los métodos de evaluación de la terapia multimodal, pero la evaluación tiene una orientación cognitiva, pues se trata de detectar reglas personales subyacentes (Lazarus, 1983: Pág. 184).

Para lograr la evaluación multimodal, Wessler traduce sus componentes a los del "Modelo de Episodio Emocional", tal como ejemplificamos a continuación en donde se incorpora una alternativa del formato de conceptualización de los problemas:

#### Modelo de Episodio Emocional

1. Nivel Biológico (B): Activación fisiológica.
2. Nivel Afectivo (A): Estado emocional.
3. Nivel Sensorial (S): Estímulos internos y externos.
4. Nivel Imaginativo: Historia evolutiva fenomenológica.
5. Nivel Cognitivo: Cogniciones problemáticas y Reglas personales.
6. Nivel Conductual: Conducta.
7. Nivel Interpersonal: Consecuencias sociales

#### Formato de Conceptualización de los Problemas

- a. Emociones Problemáticas
- b. Conductas y Consecuencias Problemáticas
- c. Pensamientos Problemáticos
- d. Reglas Personales de Vida
- e. Historia Evolutiva Fenomenológica

Hay que anotar que Wessler da gran importancia a la "expresión de emociones y a las reglas que controlan la evaluación y los objetivos terapéuticos". Generalmente, el cambio requiere cierta activación emocional y cuando esta no aparece, puede estar "inhibida" por determinadas reglas personales. (Wessler, 1986: Pág. 189).

## **1.6 OBJETIVOS DE LA TERAPIA**

- a) Definir y clarificar los objetivos del paciente; cuestionarlos si parecen irrealistas y negociar nuevos objetivos.
- b) Modificar los síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal.
- c) Concienciar y modificar las reglas personales de vida.
- d) Efectuar el auto comprensión evolutiva de la formación de las reglas personales.

La terapia no suele emplear auto registros para recabar datos sobre cogniciones específicas (pensamientos automáticos) sino que al seleccionar con el paciente una determinada área problemática durante la sesión, le permite al paciente hablar de sus preocupaciones actuales respecto al área, para mediante la escucha cognitiva y preguntas específicas inferir en las reglas personales y su contexto evolutivo.

## **1.7 ESTRUCTURA DE LA SESIÓN**

La estructura típica de una sesión T.V.C. nos puede aclarar mejor la forma de operar:

### **Fase inicial:**

- Evaluación multimodal: modelo del episodio emocional
- Conceptualización de los problemas
- Negociación de objetivos terapéuticos

### **Fase media:**

- El terapeuta pide al paciente que hable sobre sus preocupaciones del problema seleccionado.
- El terapeuta pregunta sobre las emociones detectadas para hallar las cogniciones implicadas y los significados o reglas personales asociadas (desde el principio se centra en las reglas personales más que en los pensamientos automáticos situacionales, aunque cuenta con estos para llegar a ellas).
- El terapeuta pregunta para cuestionar las reglas personales. Se trata de flexibilizarlas más que de modificarlas radicalmente.

- El terapeuta utiliza preguntas para detectar la historia personal en que se desarrollaron tales reglas, y así intentar aumentar el auto comprensión de su desarrollo y posteriormente facilitar su modificación.

#### **Fase final:**

- El terapeuta y el paciente negocian un "experimento personal" para revisar la regla personal.
- Utilizan el formato de resolución de problemas con varias alternativas. Se escoge una y se comprueba.
- Revisión de la tarea. Feedback sobre el proceso.

### **1.8 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO**

La T.V.C. (Wessler, 1989) no suele utilizar de modo prefijado determinadas técnicas y prefiere como la terapia multimodal (Lazarus, 1983) utilizar métodos prácticos sin importarle su origen teórico (eclecticismo técnico). También parte de diseñar experimentos conductuales como vía más importante (auto demostrativa para el paciente) de cambio de las reglas personales. Esos experimentos personales requieren de la "creatividad" del terapeuta pues son específicos para cada paciente; aunque en general se conciben como métodos de exposición y contraste de hipótesis en situaciones determinadas (confirmación o des confirmación de expectativas predictivas derivadas de las reglas personales). Sin embargo, Wessler menciona una serie de técnicas frecuentemente utilizadas por los terapeutas T.V.C:

#### **1.8.1 Técnicas Cognitivas**

1. **Poner en palabras la Regla Personal de Vida (R.P.V).**- Se trata de formularle al paciente una expresión verbal de cómo podría ser su regla inconsciente. A veces basta con esto para advertir su inflexibilidad y generar así el primer paso para su modificación.
2. **Uso de preguntas.**- Se suele pedir la evidencia para mantener una regla pero más para contrastar su irracionalidad (R.E.T) o su falta de evidencia real (C.T) con el objeto de comprobar si funciona como predice ("¿Dónde está la evidencia de que esa regla funciona como dice?").
3. **Rastrear la historia fenomenológica de la R.P.V.**-Se suele preguntar al paciente: "¿De dónde sacaste esa regla? ¿de qué experiencias?"...e iniciar así la formulación vivida de la historia evolutiva del paciente. Eso suele producir un cierto distanciamiento de la regla al

darse cuenta de que pudo asumirla de otros cuando era niño o joven y aun su capacidad de razonamiento y pensamiento crítico no se encontraba desarrollado.

4. **Señalar y confrontar las R.P.V discrepantes y conflictivas.-** Los valores de las personas raramente están organizados de forma coherente y no discrepante. La persona ha podido ser socializada por instancias con valores diferentes a lo largo de su desarrollo; y en determinadas ocasiones estos valores puede entrar en conflicto (valores de rendimiento y dedicación laboral respecto a valores de cuidado familiar). El terapeuta insta al paciente a comprobar cómo chocan sus reglas, a modificarlas y dar prioridades.
5. **Uso de anécdotas, parábolas, humor y discusión de temas existenciales.-** El terapeuta puede usar fuentes de modelado vicario para expresar ejemplos de R.P.V y su modificación. También puede discutir con el paciente temas religiosos o existenciales en relación a las R.P.V.
6. **Protección en el tiempo.-** A menudo es útil que el paciente se imagine realizando una tarea difícil en el futuro o en el pasado, para así lograr inicialmente un modelado de cómo hacerlo y disminuir su dificultad.
7. **Toma de decisiones y resolución de problemas.-** Se suele emplear para buscar diferentes métodos de comprobación de la R.T.V, elegir uno y ponerlo en práctica; y posteriormente comprobar sus efectos y si es necesario reformular otra alternativa.
8. **Uso del Feedback.-** Se utiliza para dar información de los progresos terapéuticos, discrepancias y manejo de la relación terapéutica (por ejemplo el terapeuta pregunta al paciente: ¿Cómo ve mi actitud hacia usted?, ¿Cómo cree que yo me siento con usted?, ¿Qué cree que pienso sobre usted?).
9. **Escucha cognitiva.-**El terapeuta trata de detectar los significados asociados a las expresiones verbales del paciente, tanto por el uso frecuente de determinadas palabras, énfasis o cambios de entonación, como por el uso de preguntas ¿Y eso qué significa para usted?.

### **1.8.2 Técnicas Conductuales**

#### **1.8.3 Uso de técnicas conductistas**

Se emplea métodos de exposición, relajación y entrenamiento asertivo para trastornos muy definidos (fobias, obsesiones, etc.), pero en general y salvo firme evidencia de efectividad de un método determinado, no se suelen emplear técnicas prefijadas.

### **1.8.3.1 Uso de experimentos personales y resolución de problemas**

Se considera como el medio más potente de modificación de las R.P.V; pues los medios verbales-cognitivos preparan el "insight" previo, pero por si solos son menos eficaces que los conductuales. Se negocia con el paciente diferentes estrategias de revisión de la R.P.V, se elige un medio, se pone en práctica, se revisan los resultados y si no son satisfactorios se vuelve a revisar todo el proceso. Esta tarea es considerada como "experiencias emocionales correctoras" y por tanto la más potentes para la C.E.T.

## **1.9 MÉTODOS DE LA TERAPIA**

Considerando que el objetivo de la terapia consiste en fomentar la comprensión y aceptación de uno mismo, es necesario colocar la expresión emocional dentro de límites interpersonalmente aceptables y modificar los patrones auto derrotistas de acción e interacción.

La terapia se preocupa menos de aliviar los efectos negativos (es lo habitual en la TRE y en la TC) e intenta comprender con mayor atención las implicaciones de los efectos de la personalidad. Se necesita una introspección para vencer la inercia que evita el cambio obtenido; primero, efectúa una comprensión del papel que juega la necesidad no consciente de re-experimentar ciertos sentimientos negativos y luego actúa de forma opuesta al patrón habitual de búsqueda de seguridad (Caballo, 1998: Pág. 568).

### **1.9.1 La alianza terapéutica**

La relación entre paciente y terapeuta es el primero y esencial ingrediente del tratamiento. Es fundamental considerar al paciente con respeto e intentamos crear un ambiente seguro, que no produzca vergüenza y en donde los sentimientos tanto positivos como negativos sean posteriormente discutidos.

Una vez que se haya establecido una relación, ésta necesita mantenerse. Si un paciente expresa necesidad exigente, le diré de qué manera eso hace que me sienta atrapada y como si me apartase. A un hombre con un patrón de evitación de la conducta interpersonal le dije de su falta de emoción y sus modales corteses me hacían sentir a la vez cómoda e incómoda, cómoda en el sentido de que no me iba a atacar y ofender, pero incómoda en el sentido de que no podía conseguir una sensación real de cómo se sentía o cómo estaba.

### **1.9.1.1 El auto revelación de sentimientos y de información personal**

Es una técnica que anima al paciente a expresar sentimientos y pensamientos que describen acontecimientos sobre los que sienten culpa y vergüenza; en vez de que se pierda el respeto al contar historias que nos muestren como personas imperfectas, los pacientes tienden a sentirse más identificados o aceptados. Un psicoanalista parece poco implicado y alejado, mientras que un terapeuta de conducta es más activo y directivo. El terapeuta de la TVC, se esfuerza por obtener una relación más equitativa y de colaboración.

Constantemente consultamos a los pacientes para enterarnos de cómo ven nuestras relaciones a lo largo de las primeras etapas de formación de una alianza terapéutica.

Cuestionamientos típicos (inspiradas en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1997) son algunos de los efectuados en la terapia como: ¿Qué piensas y sientes sobre mí? y ¿Qué piensas que siento sobre ti?; en la última pregunta se implican suposiciones inadecuadas sobre nuestros pensamientos y sentimientos. El terapeuta se esfuerza en corregirlas (Caballo, 1998:569)

### **1.9.2 El Trabajo con el afecto**

El modelo de Wessler gira principalmente en torno al concepto de afecto persono típico. Este se refería a aquellas experiencias familiares que proporcionan un sentimiento de seguridad y que, como tal, tiende a buscar tal sentimiento (Wessler, 1988) así, si toda la vida nos hemos sentido avergonzados tenderemos a seguir sintiéndonos de esta manera, pensando de manera que revalidemos dicho sentimiento (cogniciones justificadoras) y comportándonos con los demás de manera que revalidemos dicho efecto (conductas buscadoras de seguridad).

En el modelo de Wessler no hay técnicas específicas diseñadas para el trabajo con los afectos persono típicos buscando lograr el auto cuidado emocional. Éste se define como apaciguador de los propios sentimientos, reductor de su intensidad y tranquilizante de uno mismo (Wessler, 1997).

Para ello es necesario, previamente, que el paciente se auto comprenda, es decir, que logre entrar en sus patrones cognitivos, afectivos, conductuales y comprender su papel. Cuando descubrimos dichos patrones familiares, necesitamos prestar atención a cómo tendemos a repetirlos y por tanto poner los fundamentos para el cambio.

¿Cómo podemos cuidarlos emocionalmente? Una posibilidad es mediante la espiritualidad y las creencias religiosas; otro medio (equivocado) sería el uso de fármacos y sustancias que crean adicción o el uso excesivo de la distracción (equivocado pues puede producir un déficit atencional). Finalmente, Wessler (op.cit.) aconseja el uso de estrategias típicas de los modelos cognitivos-conductuales, como auto instrucciones que nos tranquilizan o el empleo de procedimientos como la inoculación del estrés (Meichbaum, 1985: Pág. 303).

La meta está en lograr el autor respeto, es decir, que el paciente sea capaz de vivir conforme a sus propias decisiones y acciones individuales (consistentes con sus reglas personales de la vida). Saber lo que esté bien o mal para nosotros resulta indispensable desde un punto de vista moral. Así, la persona se sentirá adecuada y útil en lugar de inferior y vulnerable (Caro, 2011: Pág. 302).

#### **1.9.2.1 El Afecto personal típico**

Desde el exterior buscamos patrones de sentimientos familiares que son típicos de esa persona y que trastornan su funcionamiento.

Una paciente con trastorno límite de personalidad expresaba hostilidad de la siguiente manera: “todos vosotros los terapeutas sois unos inútiles, nadie puede ayudarme, tenéis que estar locos para intentarlo” su hostilidad era una maniobra defensiva y enmascaraba la ansiedad, ira y vergüenza siendo ella la que pensaba que estaba loca; un hombre con un trastorno narcisista de personalidad decía alegremente “la vida es realmente fabulosa y me siento muy bien”, cuando se le preguntó ¿por qué está aquí? surgieron sus sentimientos de vergüenza y ansiedad al expresar “no se mantener una relación”; un hombre con trastorno de personalidad por evitación no mostraba ninguna emoción que no fuese el sonreír, especialmente cuando hablaba de sus fracasos y cuando se le pidió que dejara de sonreír él se deshizo en lágrimas y empezó a hablar de sus fracasos y temores (Caballo, 1998: Pág. 570).



A todos los pacientes se les pide que llenen el Multimodal Life History Questionnaire, (LQH) o Cuestionario Multimodal de la Historia de Vida (Lazarus, 1981), el Inventario de Depresión de Beck y para los pacientes que tienen una larga historia de problemas psicológicos el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II, que explora los problemas psicológicos actuales y los patrones disfuncionales a largo plazo. Un examen de las respuestas del paciente a las preguntas del LHK desarrolladas para centrarse en la experiencia pasada del paciente y en sus sentimientos, ayuda a definir los patrones afectivos típicos de la familia del paciente. Estos instrumentos proporcionan una base para un completo examen de la historia personal del paciente.

Las preguntas sobre los sentimientos son: ¿Cuáles eran los sentimientos más habitualmente experimentados en tu familia? ¿Cuáles eran los sentimientos que tu padre y tu madre tenían la mayor parte del tiempo dentro de la familia? y ¿Constituyen éstos sentimientos una parte importante en tu vida hoy en día?

Al contestar estas preguntas un paciente con trastorno dependiente afirmaba” estábamos aterrorizados por mi padre todo el tiempo, mi madre decía que debíamos calmarle o que le pondríamos peor, todavía estoy aterrorizado por la gente, especialmente por aquellas personas que tienen autoridad. Intento evitar conflictos haciendo todo lo que pueda para agradarlas, con gran esfuerzo por mi parte”

#### **1.9.2.2 Evocar recuerdos infantiles**

Contando discretamente historias de otros pacientes que tienen experiencias vividas similares, respondiendo a las señales no verbales y modelando los sentimientos por medio del auto revelación, habitualmente decimos a nuestros pacientes que la ansiedad se constituye en uno de nuestros problemas más graves que tenemos que afrontarla.

Ésta es una afirmación correcta dentro del espíritu de la honestidad emocional, ya que anima al paciente a establecer una cercanía con el terapeuta, una relación cercana que proporciona un ambiente favorable y ausente de vergüenza (Caballo, 1998: Pág. 570).

### **1.9.2.3 Imaginación dirigida**

Es útil para evocar patrones de afecto personal típico, especialmente en pacientes cuyo afecto está bloqueado o fuera de su conciencia (Lazarus, 1981).

Les pedimos que se recuesten y cierren los ojos mientras se les cuenta historias similares en contenido a la experiencia del paciente, se le pide que escuche y trate de comprobar sus sentimientos.

Una paciente que había insinuado que habían abusado sexualmente de ella cuando era niña, dijo inmediatamente “no necesito hablar sobre eso, lo he olvidado, sucedió hace muchos años”. Se le pide que se imagine que tenía seis años y luego de contarle una historia sobre una niña que sentía horror de que su querido tío, que le prestaba mucha atención, le faltase al respeto. Al contarle la mezcla de sentimientos de la esa niña: de placer por un lado al ser el centro de la atención de su tío y de repugnancia e ira por el otro al darse cuenta que estaba haciendo algo incorrecto, sentirse avergonzada de su implicación en estos actos, pero aún así abstenerse de decírselo a sus padres. Antes de acabar con esta historia la paciente se puso a llorar y empezó a expresar su propia vergüenza e ira profundamente arraigadas. Seguidamente comenta muchos ejemplos de episodios en los que había estado implicada en experiencias sexuales de las que se avergonzaba y habló de que toda su vida había sido obesa, lo que hacía que mantuviese sentimientos de inferioridad y hostilidad, proporcionándole cogniciones justificadoras para evitar a los hombres (Caballo, 1998: Pág. 571)

Los patrones afectivos se expresan directa o indirectamente; las señales no verbales constituyen claros indicadores de los sentimientos, especialmente aquellas señales asociadas a la conducta interpersonal. El terapeuta se sienta fuera del campo visual del paciente, hace una manifestación no verbal sobre el rol que percibe para sí mismo en esa relación.

De igual manera, un paciente que se sienta encorvado y tan lejos del terapeuta como sea posible, probablemente mostrara vergüenza y ansiedad con respecto a la exposición personal. Es importante pensar en estas señales no verbales como pistas de los patrones de los afectos personales típicos.

Los objetivos son el calificar las formas de sentimientos familiares al paciente por medio de la comprensión etiológica y el de ayudar a los pacientes a que entiendan como mantienen estos sentimientos, algunos de los cuales son des-adaptativos, con el fin de sentirse “seguros” y mantener el punto fijo emocional familiar (Caballo, 1998: Pág. 571).

### **1.9.3 El trabajo con las cogniciones**

Al intentar comprender las cogniciones de un paciente, nos apoyamos en el LHQ como una introducción básica a los pensamientos del mismo; muchas reglas personales de vida pueden reconocerse de esta manera, verificarse y ampliarse durante las entrevistas terapéuticas.

Las siguientes preguntas constituyen una muestra de la entrevista empleada para extraer información sobre las reglas personales de vida de un individuo: ¿Describirías a tus padres como unas personas optimistas o pesimistas?, y ¿Consideras que las necesidades de los demás son más importantes que las tuyas? A partir de las respuestas es posible inferir determinadas reglas personales, como “no triunfaré, no importa la firmeza con que lo intente” y “los demás son superiores a mí”.

Estas inferencias se presentan al paciente con el fin de comentarlas y revalorarlas; si el paciente está de acuerdo con que tiene una regla personal que predice la falta de éxito a pesar del esfuerzo, el terapeuta le preguntará si esa regla se aplica a todo el mundo, creando una disonancia a la regla personal. Se alienta entonces al paciente a que disocie la conexión, que ha tenido toda la vida, entre el esfuerzo y el fracaso, efectuando una nueva conexión entre esfuerzo y posible éxito.

Se puede enfatizar este cambio filosófico por medio de una intervención terapéutica, en la que se anime al paciente a emprender una tarea para adquirir alguna nueva habilidad que podría ser interesante, pero que está evitando debido a la anticipación del fracaso, desilusión y depresión. Este paciente empezó con la fotografía y el terapeuta vigila sus progresos. Para sorpresa suya, comenzó a hacer algunas fotografías de buena calidad y el terapeuta fue capaz de mostrarle como se centraba en la crítica negativa del instructor y solo reconocía, de pasada, la alabanza y el ánimo. Después practicó el atender a todos los comentarios de los demás y rompió el hábito de responder solo a la crítica negativa (Caballo, 1998: Pág. 571)

Al describir los patrones familiares, alentamos a los pacientes a que expresen cogniciones justificadoras, pensamientos que evoquen y/o justifiquen el afecto personal típico.

#### **1.9.4 El trabajo con las maniobras de búsqueda de seguridad**

Las maniobras de búsqueda de seguridad son patrones de conducta y de pensamiento que pueden identificarse trabajando hacia atrás a partir del afecto personal típico negativo.

El paciente informa de acontecimientos de su vida actual durante los cuales se experimenta emociones características y éstas pueden identificarse fácilmente como maniobras de búsqueda de seguridad. La clave para identificar las maniobras de búsqueda de seguridad consiste en asumir una actitud “como si el paciente actuara”, “como si estuviera buscando afecto familiar” (Caballo, 1998: Pág. 573).

Exploramos las relaciones interpersonales en las que están implicados nuestros pacientes, para descubrir a menudo que buscan relaciones no re-forzantes en las que continuamente evocan patrones familiares de sentimientos. Una mujer que había tenido dos maridos que la injuriaba, gritó “mis dos maridos me trataban muy mal ¿son todos los hombres unos cabrones o es que Dios me selecciono para un tratamiento especial?”; una revisión de su historia personal debió que la mujer trataba relaciones con hombres que la maltrataban como su padre alcohólico y que experimentaba la misma ira y compasión de su madre.

Cuando una maniobra de búsqueda de seguridad es de naturaleza interpersonal, como sucede a menudo, el terapeuta puede pedir al paciente que invierta los papeles con la otra persona significativa de su vida y que se imagine cómo se podría sentir la otra persona, y poder descubrir cómo se provocan reacciones emocionales en los demás.

Un tipo habitual de maniobra de búsqueda de seguridad es la conducta adictiva; la vergüenza progresiva es habitual en las adicciones; el comer en exceso es un buen ejemplo. Cualquier intento de intervenir con técnicas conductuales, en las primeras etapas de la terapia puede ofrecer al paciente una oportunidad de fracasar e implicarse en una maniobra de búsqueda de seguridad para justificar el concepto negativo de sí mismo, de la experiencia de la vergüenza y humillación.

Las cogniciones justificadoras familiares incluyen que una persona intentó dejar de comer pero lo hacía incluso más, no puede dejarlo, no tiene otra forma de dominar sus sentimientos. La

intervención consiste en mostrar al paciente que el comer en exceso mantiene estos sentimientos negativos aunque familiares, lo que era inconsciente se vuelve consciente; el hábito de comer en exceso dificulta a la persona tener relaciones íntimas, sexo y ascenso profesional.

Los niños víctimas de actos abusivos creen a menudo que, de alguna manera, provocan o se merecen ese tratamiento, más tarde producirán respuestas similares en los demás por medio de maniobras de búsqueda de seguridad. La intervención consiste en ayudar al paciente a transferir la responsabilidad de estos tempranos actos injuriosos a las personas que los cometen; mostrando al paciente que los actos no son culpa suya, y por consiguiente, no pueden seguir injuriándose a sí mismos.

Cada vez que una paciente presenta una conducta autodestructiva, el terapeuta le recuerda las razones por las que actúa de esa manera. La paciente que come en exceso puede realizar un registro de sus pensamientos antes y después de comer en exceso y examinar dichos pensamientos, para así ver si las razones que se da a sí misma de sus acciones son válidas o son simples excusas para justificar el hacerse daño a sí misma.

Conforme el paciente va entendiendo qué depende la conducta de comer en exceso, se inclina menos a creer en sus propias excusas. La conducta una vez que está fuera de control, se controla y aumenta la sensación de poder personal por parte del paciente.

## **1.10 LAS INTERVENCIONES**

No hay una separación entre la evaluación y la intervención en la TVC, por lo que a menudo se presentan confusiones de la una con la otra. Algunas intervenciones ya se las ha descrito, por lo que es pertinente mencionar otras intervenciones empleadas en la TVC. (Caballo, 1998: Pág. 574).

### **1.10.1 Auto revelación y el modelado**

El terapeuta alienta la honestidad emocional de la conducta diaria del paciente gracias a su disposición de hablar de asuntos personales, fomentando una relación estrecha entre terapeuta y paciente, creando así una alianza terapéutica eficaz.

Por medio de la imitación del modelo, que consiste en que el terapeuta practica la auto revelación fuera de la sesión de terapia, entonces el paciente puede aprender que la honestidad emocional fomenta las relaciones más estrechas entre la gente.

#### **1.10.2 Interrogatorio**

El terapeuta, sobre las reglas personales del paciente y las cogniciones justificadoras, abre la posibilidad de comprender los orígenes de ambas categorías de cogniciones y sus funciones en la vida actual del paciente. Ésta reconstrucción de la historia personal de las cogniciones del paciente, es a menudo, esencial para que el paciente piense de forma diferente, en donde se le sugiere al paciente que intente no sentir o actuar de manera consistentes con sus perturbaciones.

#### **1.10.3 Instrucciones**

Se instruye al paciente para que actúe “como si” ya hubiese conseguido los cambios que busca. Esta es una de las principales técnicas de la TVC, debido a que hace que el paciente se sienta en contra de los sentimientos familiares. Esto es necesario si tiene que cambiar los patrones disfuncionales de su vida; mientras que la disonancia cognitiva que conduce al cambio puede crearse pidiendo al paciente que intente pensar de forma diferente y actuar según esos nuevos pensamientos.

#### **1.10.4 Reconocer sus patrones disfuncionales**

Fomentar sus intentos de cambio puede facilitar siempre que se mantenga un registro escrito, como por ejemplo un diario. Esta técnica sensibiliza al paciente ante sus patrones y le permite proponer pensamientos alternativos a los patrones que van surgiendo; el terapeuta puede revisar el diario, ofrecer comentarios y sugerencias que el paciente no ha considerado.

#### **1.10.5 Examen de las cogniciones justificadoras y su exposición**

Son los pilares de ciertas emociones disfuncionales y estos afectos pueden reducirse eliminando las cogniciones que los apoyan. Dichas cogniciones justificadoras son racionalizaciones que el cliente solo cree parcialmente, pudiéndose instalar para que las tome menos en serio. Se alienta a los pacientes a que piensen sobre sus pensamientos y que abandonen las cogniciones justificadoras, porque apoyan una visión falsa de la realidad.

#### **1.10.6 Identificación de maniobras de búsqueda de seguridad**

Constituye la intervención básica, consiste en identificarlas y recomendar al paciente que haga lo opuesto al patrón habitual, que lleva asociados los sentimientos familiares que el paciente busca inconscientemente. Es especialmente importante que el paciente identifique sus maniobras de búsqueda de seguridad cuando ocurra y que trate intencionalmente de modificar el patrón habitual.

Por ejemplo, animar al paciente que se diga a sí mismo “hago esto (las maniobras de búsqueda de seguridad) para herirme a mí mismo; puedo continuar si lo deseo, pero por lo menos sé que lo estoy haciendo y porqué lo estoy haciendo”. Con la práctica resulta más fácil reconocer y actuar contra las maniobras de búsqueda de seguridad.

La introspección cognitiva es necesaria con el fin de detener los patrones habituales de negación y evitación.

#### **1.10.7 Mecanismos de auto consuelo**

Se refieren a lo que hace el paciente para aliviar sus propios sentimientos de angustia. Enseñar al paciente a ser menos crítico y más tranquilizador consigo mismo, ya que es muy importante que el paciente se tranquilice a sí mismo en vez de confiar a otras personas que lo tranquilicen, incluyendo el contar con el terapeuta durante las sesiones.

Por medio del auto revelación, el terapeuta puede modelar programas emocionales para el cuidado de uno mismo, que se opongan a las maniobras de búsqueda de seguridad y también puede vigilar el desarrollo de dichos programas.

#### **1.10.8 Notas para el paciente al final de cada sesión**

El paciente puede leer ésta nota, y de forma ideal, ponerla en práctica conforme va necesitando, pudiendo encontrar los siguientes puntos:

1. Qué se vio el día de hoy , un resumen de una frase sobre los puntos principales discutidos por el terapeuta y el paciente durante la sesión

2. Patrones de pensamientos, sentimientos y acciones identificados durante la sesión
3. Tareas para la casa que se opongan a los patrones (preferiblemente las tareas para la casa se las pone el paciente en vez de imponérselas el terapeuta). El paciente puede reunir estas notas en una especie de libro de autoayuda personal e idiosincrásico, que sirva de referencia y que sea utilizado en las futuras ocasiones en que se enfrenten a dificultades. Quizá sea el único libro de autoayuda verdaderamente eficaz.

### **1.11 LOS RETROCESOS**

Es habitual ver en la terapia a pacientes que, después de haber hecho progresos importantes vuelven al terapeuta y a los antiguos patrones, sentimientos y conducta. Si el paciente y el terapeuta no llegan a comprender esos retrocesos, ambos se desmoralizarán, dañando así el proceso de la terapia.

En la TVC estos retrocesos se ven como intentos inconscientes de mantener la “razón típica” de cogniciones y afectos positivos y negativos; es decir intentos de restaurar el punto fijo emocional. Se debería mostrar al paciente que estos retrocesos, son de hecho una señal de progreso en el sentido de que constituyen una respuesta al cambio.

Asusta el cambiar y aventurarse en el territorio de lo desconocido de una menor perturbación. Por consiguiente, es comprensible, no avergonzarse, volver a los patrones de pensamientos, sentimientos y conductas familiares y dolorosas.

### **1.12 LA RELACIÓN TERAPEÚTICA**

La terapia según Wessler utiliza profusamente el principio de aceptación con respecto al paciente (R.E.T y T.C.) y utiliza continuamente el feedback para verificar la marcha de la relación (ver técnicas cognitivas) tal como lo hace Beck en la T.C; en donde igualmente utiliza el empleo de la empatía cognitiva y afectiva, más la añadidura a veces de "predicciones" del terapeuta sobre cómo podía reaccionar el paciente a determinadas situaciones (en función de su conocimiento sobre las reglas personales de vida).



A veces el terapeuta utiliza el auto revelación para tener una imagen más humana ante el paciente. Esto no lo hace revelando sus dificultades más íntimas, pero si relatando dificultades o situaciones similares vividas a las del paciente (normalmente la auto revelación moderada y en fases más avanzadas de la terapia).

Igualmente el terapeuta trata de adaptar su estilo al del paciente siendo más activo con pacientes que piden consejos u orientaciones (si se considera la demanda oportuna), o más pasivo y con rol de escucha si el paciente tiene una visión más tradicional de la psicoterapia.

### **1.13 OBSTÁCULOS FRECUENTES EN EL PROGRESO DEL PACIENTE**

Suelen derivar de dos fuentes principales: el miedo al cambio de las reglas personales de vida debido al "hábito" de manejar el mundo con ellas y el miedo a lo desconocido si no se usan; y en segundo lugar por la baja tolerancia a la frustración que supone tolerar el malestar de su modificación y la comodidad de seguir con ellas (Ellis, 1962).

El terapeuta para manejar estos obstáculos utiliza habitualmente alguno o varios de los siguientes métodos: persuasión verbal (Por ejemplo ¿Puedes ver qué resultados obtendrás si/ o si no/cambias?, ¿Tendría sentido para ti utilizar algo nuevo?), reducción de opciones ("No tienes elección. Haz esto o sufre"), preparación o ensayo cognitivo conductual (por ejemplo proyección en el tiempo, modelado) y adecuación del estilo al paciente concreto.

## **CAPITULO II**

### **2. ANSIEDAD**

#### **2.1 Definición de ansiedad**

La ansiedad tiene múltiples definiciones, los elementos comunes a la experiencia de la ansiedad abarcan estos descriptores: un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de síntomas simpáticos, como dolor torácico, palpitaciones y disnea; un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal; la aprensión o el miedo patológicos; las dudas propias sobre la naturaleza y el peligro; la creencia en la realidad de la amenaza y periodos con menor nivel de afrontamiento.

En circunstancias normales, el sistema nervioso humano se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo en una de tres direcciones frente a una amenaza objetiva y físicamente peligrosa. Podemos luchar (atacar o defendernos de la fuerza o del objetivo temido), huir (abandonar el campo) o quedarnos bloqueados (paralizados).

Sin embargo, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real; en otras palabras, la persona con un trastorno de ansiedad ve la amenaza y reacciona a ella, pese a su inexistencia.

Para dejar claro éste aspecto diferenciemos el miedo, que definimos como una respuesta a un estímulo con una validez medrosa consensuada, y a la ansiedad, una respuesta más de índole idiosincrásica. Una persona puede sentir ansiedad por volar en un avión y muchos otros podrían rechazar el vuelo por razones similares, pero el rechazo se consideraría una respuesta de ansiedad, por cuanto muchas personas vuelan con menor dificultad. (Dan J Stein, 2002: Pág. 86)

Aunque la ansiedad es una respuesta universal, y desde luego, una emoción humana corriente, su evocación no implica necesariamente la presencia de un trastorno con repercusión clínica.

El DSM-IV-TR es muy explícito acerca de la definición de un trastorno conceptualizado como un síndrome, conductual o psicológico con repercusión clínica: se acompaña de malestar (síntoma

doloroso) o discapacidad (alteración de una o más aéreas funcionales importantes) o de un peligro significativamente elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de la libertad.

En efecto, un número y una intensidad de síntomas que deben resultar significativos para mermar la calidad de vida de la persona dejan ver que la ansiedad no es un trastorno único, sino que forma parte de un espectro de trastornos.

## **2.2 Factores predisponentes**

Según el modelo cognitivo de la ansiedad, son cinco los factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad, propensión a la ansiedad y a trastornos relacionados (Beck y Cols, 1985).

### **2.2.1 Genética**

En la actualidad ha aumentado la importancia de los factores genéticos para determinados trastornos psicopatológicos, sin que los trastornos de ansiedad sean la excepción. El trastorno de angustia, fóbico y obsesivo compulsivo se dan más entre parientes biológicos de primer grado.

Para la conceptualización cognitiva de la ansiedad considera que la herencia ejerce su efecto en los trastornos de ansiedad, a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo y fácil de activar (Barlow y Cemey, 1998).

Los antecedentes familiares del trastorno podrían explicarse bajo las condiciones oportunas como, un paciente manifiesta síntomas de ansiedad. Así la importancia de la vulnerabilidad genética no se puede valorar del todo sin considerar el rol interactivo de los factores ambientales, psicológicos y sociales (Barlow y Cemey, 1998).

### **2.2.2 Enfermedades somáticas**

Al estudiar los trastornos de ansiedad hay que descartar posibles causas somáticas que remeden la ansiedad. Muchas veces los síntomas remiten tratados del problema somático. La existencia de un problema somático no descarta necesariamente la presencia del problema de ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y en ocasiones ambos requieren tratamiento.

### **2.2.3 Traumas psicológicos**

Los traumas mentales durante la época de desarrollo aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad, ante situaciones parecidas al trauma original. Puede tratarse de un trauma único o de una serie de experiencias traumáticas (Beck y cols, 1985).

Los traumas del desarrollo que suceden en el contexto de una elevada activación emocional pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos sobre la amenaza (esa situación es peligrosa) o en guiones más amplios de la amenaza. Este último concepto se refiere a una serie de esquemas que cumplen dos condiciones: ocurren con una secuencia determinada y son previsibles. Así el guion podría ser; esto es peligroso, no puedo superarlo, me hará daño, si me hace daño podría resultar irreparable, si huyo quizás pueda salvarme.

Presumiblemente estos esquemas se relacionan con los temas de peligro de los pacientes ansiosos y se activan en situaciones similares a las circunstancias en las que se aprendió el esquema original. Como han señalado Foa y Kozak “el individuo medroso accede al recuerdo del miedo cuando se le presenta una información atemorizante que se ajuste a la parte de la estructura almacenada en la memoria” (Foa y Kozak. 1986: 23).

### **2.2.4 Ausencia de mecanismos de afrontamiento**

Otro factor que predispone al desarrollo de los trastornos de ansiedad es la carencia de respuestas de afrontamiento unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación. No son las percepciones primarias de las diversas situaciones las que llevan a una persona propensa a la ansiedad a percibir un peligro inexistente, sino las percepciones secundarias debido a su incapacidad para afrontar dicha amenaza con los propios recursos que las provoca.

Quizá los pacientes ansiosos no han aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento, sino por el contrario han optado por utilizar recursos como la evitación, que solo refuerzan la ansiedad e impiden un afrontamiento eficaz. El resultado hace que ellos mismos se sienten más vulnerables ante la aparición de la ansiedad en presencia de acontecimientos vitales u otras dificultades cotidianas.

Las personas ansiosas realizan evaluaciones primarias, secundarias, terciarias y transforman en una ecuación que se parece a un coeficiente; éste coeficiente entre riesgo y recursos exige la

percepción de riesgo y también la de los recursos disponibles para encarar con eficacia el riesgo percibido; si se considera que el riesgo desborda los recursos el resultado desborda la ansiedad y si, por el contrario, los recursos superan el riesgo, no surge la ansiedad.

### **2.2.5 Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado**

El modelo cognitivo pone énfasis principal en la importancia de los factores cognitivos que predisponen a los sujetos a los trastornos de ansiedad. Las creencias poco realistas acerca de la amenaza o del peligro que tienen los sujetos con trastornos de ansiedad son presuntamente activadas por acontecimientos o situaciones que, en opinión del sujeto, contienen elementos semejantes a los de las situaciones en que se aprendieron esos esquemas.

Cuando se activan estos esquemas, impulsan el pensamiento, la conducta y la emoción de los pacientes, todo aquello lleva a un refuerzo recíproco del propio esquema. Cuando se estimula la ansiedad, el sujeto se desplaza hacia una respuesta de carácter egocéntrico, general e involuntario. El objetivo es la supervivencia, aunque el acontecimiento desencadenante carezca, en realidad, de estímulos amenazadores objetivos.

## **2.3 Factores precipitantes**

El modelo cognitivo de la ansiedad propone varios factores posibles que precipitan la ansiedad (Beck y Cols, 1985).

### **2.3.1 Problemas somáticos o sustancias tóxicas**

El comienzo de un problema somático, remede o no a la ansiedad, puede precipitarla. Así, la aparición de ansiedad tras un problema somático no es una reacción rara durante la fase en la que el sujeto trata de adaptarse a la enfermedad.

Los problemas somáticos causan a veces síntomas como fatiga o depresión que puede mermar o limitar la capacidad del individuo para tolerar o superar incluso dificultades normales y cotidianas. El resultado es que factores generadores de estrés, que antes se vencían, desbordan los recursos individuales; además, los problemas somáticos pueden inducir un conjunto de síntomas que la persona considere indicios de un trastorno grave cuando, en realidad se trata de un proceso realmente benigno. Algunos pacientes ansiosos

manifiestan hipervigilancia ante reacciones orgánicas normales que interpretan como amenazadoras (Wells, 1997: Pág. 90)

Las dificultades respiratorias pueden alterar el equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono, lo que se manifiesta a veces por síntomas parecidos a la ansiedad. En ocasiones, las personas ingieren una sustancia psicótropa que ejerce el mismo efecto somático interpretado como peligroso. Everly expuso la noción de los elementos o sustancias estresantes biogénicos, como la cafeína y las anfetaminas, que pueden precipitar una respuesta de estrés eludiendo el mecanismo de percepción cognitiva (Everly, 1989: Pág. 230).

Por supuesto, la percepción cognitiva de la respuesta al estrés puede acentuarla, mientras otra fuente farmacológica de síntomas parecidos a la ansiedad es el uso de medicamentos de carácter estimulante que se prescriben con receta. Algunos anti congestivos y broncodilatadores poseen la propiedad de aumentar la frecuencia cardina y producen aturdimiento.

Estos síntomas se pueden tornar también como una amenaza y provocan ansiedad, estableciéndose un círculo vicioso.

Muchas sustancias se pueden clasificar como elementos biogénicos estresantes, pues evitan el sistema de percepción cognitiva y actúan directamente sobre el sistema nervioso; no obstante, las percepciones cognitivas pueden agudizar estos síntomas precipitados por los elementos biogénicos estresantes (Everly, 1998: Pág. 90).

### **2.3.2 Factores estresantes externos e intensos.**

Cualquier factor estresante o acontecimiento vital grave como perdida de un ser querido, perdida de un compañero de trabajo y el divorcio son considerados posibles precipitantes de ansiedad.

### **2.3.3 Estrés de larga duración.**

Los factores estresantes se pueden acumular durante mucho tiempo, y en cierto modo, van cargando la espalda. El resultado es una situación en la que se agotan y desbordan los recursos de afrontamiento de la persona.

### **2.3.4 Factores estresantes que afectan a la vulnerabilidad y el umbral de exigencias**

Las circunstancias, situaciones o áreas carenciales dan como resultado una disminución de la capacidad individual para afrontar con éxito las demandas de la vida. Ante la presencia de un factor único o ante el efecto acumulativo de varios factores juntos, la persona puede perder oportunidades o no saber que opciones tomar en cuanto a sus acciones, sentimientos o pensamientos el resultado es una sensación de amenaza.

La capacidad de afrontamiento se parece a un espectro continuo que fuera de 0 a 100; probablemente, las exigencias normales de la vida no exceden de 60, por lo que si el umbral individual es de 75, quedando cierto margen para alcanzar ese límite. Los factores de vulnerabilidad sirven para reducir el umbral o la tolerancia del paciente frente a las dificultades de la vida, de modo que experiencias que antes se toleraban bien o que se encaraban sin problemas, resultan ahora insuperables.

El grado mayor de vulnerabilidad, solo o combinado, aumenta las dificultades del paciente desde diversos campos, a saber: discordias matrimoniales, dolor crónico, abuso de sustancias, conducta suicida, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad, problemas de la ancianidad, ansiedad social, abuso sexual, malos tratos físicos y psíquicos o problemas de rendimiento laboral. El terapeuta cognitivo debe evaluar los diversos factores de vulnerabilidad porque quizá hayan contribuido o exacerbado la dificultad momentánea, aumentando la resistencia del paciente a la terapia o le predispongan a futuros problemas.

### **2.3.5 Otros factores precipitantes**

La alteración repentina en los factores de salud puede oscilar desde problemas graves y debilitantes que requieren intervención médica u hospitalización hasta procesos transitorios como cefaleas, infecciones víricas o resfriados, que se tratan con automedicación.

Los problemas crónicos de salud disminuyen la capacidad para afrontar las dificultades y llevan a un sentimiento de ansiedad desbordante. El envejecimiento puede disminuir la actividad por la incapacidad del cuerpo para satisfacer las expectativas que corresponden a otra etapa de la vida.

Las reacciones de ansiedad y de estrés quizá obedezcan a la incapacidad del individuo para encarar situaciones que solucionaba antes con más facilidad. La fatiga reduce las estrategias para

resolver los problemas y los depósitos energéticos necesarios para afrontar los acontecimientos. Tras la muerte de un ser querido, el divorcio o la separación las personas suelen creer que tienen menos oportunidades o que nadie se preocupa de ellas. Algunas personas ven mermada su capacidad para resolver los problemas, de hecho que solo se manifiesta en ocasiones cuando la situación es muy difícil. Salir de problemas menores jamás pone a prueba la capacidad real.

Las nuevas circunstancias vitales (cambio laboral, estado civil, vivienda o situación familiar) representan también elementos estresantes y son factores de vulnerabilidad, que en la evaluación de factores puede ayudar a entender las reacciones de ansiedad y predecir la posibilidad de éste tipo de brotes.

Las dificultades también pueden incidir en la vulnerabilidad emocional de una persona concreta. Aquello que precipite la ansiedad en una persona puede no hacerlo en otra, de manera que habría que verificar si una persona presenta una vulnerabilidad determinada.

Por ejemplo, si alguien piensa que para merecer la atención ha de ser querido por todos, mientras esa persona reciba las atenciones de los demás, no cabe esperar que manifieste ningún síntoma. Sin embargo el rechazo de un amante precipitaría, con toda seguridad, una reacción emocional.

## **2.4 Teorías conductuales y cognitivas de la ansiedad**

### **2.4.1 Perspectiva conductual**

Los conductistas centran su atención en las respuestas adquiridas y en tendencias de las respuestas; creen que los principios generales del aprendizaje se pueden aplicar a la comprensión de todas las conductas, entre ellas, los trastornos de ansiedad. De acuerdo con estos teóricos, la ansiedad de proporciones clínicas es una respuesta aprendida o adquirida, el síntoma es creado frecuentemente por las condiciones ambientales dentro del hogar.

Los conceptos de los aprendizajes, como condicionamiento, reforzamiento y extinción han sido aplicados cada vez con más frecuencia al estudio de los trastornos de la ansiedad; los resultados más valiosos de estas aplicaciones son varias técnicas útiles que se conocen como terapia conductual, entre las cuales podemos mencionar el modelamiento y terapias de exposición.



La investigación en ésta terapia se ha dirigido a descubrir variables que ayuden a calmar las respuestas altamente emocionales (Sarason, 2006: Pág. 261).

#### **2.4.2 Perspectiva cognitiva**

Los métodos que desarrollan los terapeutas conductuales, a pesar de que se basan en los principios del aprendizaje, tienen aplicaciones importantes para nuestra comprensión de los procesos cognitivos; es decir, los procesos privados o internos como la imaginación y la manera en que pensamos de nosotros mismos y del mundo.

Terapias como la desensibilización sistemática, la exposición y el modelamiento afectan no solo la conducta del cliente, sino también a la manera que piense de sí mismo. Además la actividad cognitiva es un paso específico en la terapia conductual: por ejemplo, en la desensibilización sistemática se pide al cliente que visualice, piense e imagine ciertas situaciones que le provocan miedo. El ensayo cognitivo en combinación con la exposición en vivo han sido utilizados con éxito en los individuos fóbicos y obsesivo compulsivos; la evidencia disponible sugiere que éste procedimiento es muy eficaz para reducir la ansiedad, sin importar si el cliente se siente relajado o ansioso durante la exposición (Sarason, 2006: Pág. 261)

El modelamiento puede contener un elemento cognitivo importante en donde alguien que se sobrepone a miedos intensos como resultado de un programa y terapia conductual, adquiere mayor confianza en sí mismo y puede empezar a pensar en nuevas maneras de comportarse en situaciones que no cubría el programa de modelamiento. La manera en que las personas piensan en las cosas a menudo cambia cuando adquieren nuevas capacidades de respuesta, en donde cambios cognitivos pueden llevar a importantes avances conductuales.

El término de terapia conductivo conductual se refiere a los procedimientos clínicos que se basan en los principios de aprendizaje, como la extinción en el reforzamiento y que destacan la conducta cognitiva.

Además del creciente interés por la interpretación cognitiva de la conducta desadaptada desde de los aspectos cognitivos de la terapia conductual, existe un rápido incremento de la influencia de la

perspectiva cognitiva en los esfuerzos por comprender los trastorno de ansiedad. Esta perspectiva destaca la manera en las que ciertos pensamientos y estilos de pensar producen afectos no deseados en la conducta; cuyos pensamientos interfieren en la atención que se presta a la actividad momentánea. Las precauciones, soñar despierto y las ideas que no tienen nada que ver con la tarea que se está realizando distraen al individuo y reducen la eficacia contextual.

De acuerdo con los teóricos cognitivos, las alteraciones del pensamiento que ocurren solo en ciertos lugares o en relación con problemas específicos son las fuentes de la ansiedad. Estos pensamientos pueden incluir valoraciones irreales de las situaciones y la constante sobreestimación de sus aspectos de peligro exagerando el grado o la probabilidad del daño. De esta manera el curso del pensamiento y su escenario mental se pueden considerar como factores de vulnerabilidad que interactúan con las características de ciertas situaciones. Desde éste punto de vista, los eventos precipitantes (la situación) provocan la actitud subyacente o el miedo (el factor de vulnerabilidad) y dan lugar a la hipervigilancia. A medida que se hace más fuerte esta actitud los pensamientos relacionados con el peligro se activan con mayor facilidad, mediante situaciones menos específicas y menos evitables (“si lo buscas, seguro lo encontraras”); como resultado el individuo ansioso rastrea continuamente los estímulos internos y externos para detectar señales de peligro (Sarason, 2006: Pág. 262)

Una situación social particular evoca las ideas de los individuos sobre la naturaleza de la situación y de sí mismo (lo que está pasando o se espera de la situación y como los ven los otros), y estos supuestos los conducen a percepciones de peligro social (“ellos pueden averiguar lo inadecuado que soy”) y a su vez, estas apreciaciones estimulan el pensamiento catastrófico (“todos saben lo aburrido que soy”).

No es una sorpresa que ésta sobrestimación de los requerimientos de una situación junto con la desestimación de los recursos personales propios conduzca a los síntomas conductuales y a experiencias sociales poco gratificantes, que después contribuirán a crear temor a situaciones sociales, y confirmarán la ineptitud social del individuo.

Los terapeutas cognitivos emplean varias técnicas, como reestructuración cognitiva, la cual se desarrollo a partir de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, en sonde la reestructuración cognitiva capta la atención del cliente hacia los pensamientos irracionales que sirven como claves de su conducta

desadaptada. El terapeuta ayuda a revisar las creencias y expectativas irracionales y a desarrollar formas más racionales de ver la vida, desarrollan valoraciones más realistas de sí mismas y de los demás.

La detención del pensamiento funciona como base en el supuesto de que un estímulo repentino que distrae al individuo con un ruido desagradable, servirá para poner fin a los pensamientos obsesivos. Se le pide al cliente que mantenga el pensamiento en la mente, luego el terapeuta dice “alto”, esta secuencia se repite varias veces pero con el cliente, en lugar del terapeuta gritando “alto”, finalmente, el cliente simplemente dice en su mente “alto”.

En el ensayo cognitivo el cliente intenta mentalmente estrategias adaptativas para situaciones problemáticas, convirtiéndose en una alternativa válida para afrontar problemas que no se pueden simular en un ambiente clínico. Ejemplo: el ensayo conductual de las habilidades sociales por parte de individuos que padecen fobia social y requieren la presencia de un grupo numeroso de personas; sin embargo, alguien que padece de fobia social puede imaginar que está en un grupo y ensayar mentalmente las conductas y afirmaciones internas diseñadas para mejorar sus relaciones interpersonales.

Aron Beck ha desarrollado uno de los tipos de terapia cognitiva más influyentes, quien cree que el problema psicológico central de los trastornos de ansiedad es una vulnerabilidad que surge de la tendencia del individuo a devaluar su capacidad para resolver problemas, así como exagerar el grado de amenaza en situaciones problemáticas (Beck y Emery, 1985: Pág. 264)

Un individuo percibe como amenaza las relaciones sociales, la libertad y la identidad propia. La terapia cognitiva de Beck recopila información sobre los antecedentes, buscando causas originales de la ansiedad o entablando una conversación intrascendente con el paciente; la mayor parte de la terapia está orientada hacia la tarea, dedicándose a la solución de problemas que presenta el paciente. El terapeuta lo alienta a que hable de manera abierta sobre sus miedos y preocupaciones, además de comunicar empatía por la ansiedad del paciente al estar consciente de sus pensamientos, analizarlos para encontrar distorsiones cognitivas y sustituirlos con pensamientos más realistas.

### **2.4.3 Combinación de los enfoques conductuales y cognitivos**

Algunos de los esfuerzos más prometedores para aplicar las técnicas psicológicas a los problemas clínicos pretenden la combinación de planteamientos sugeridos por varias perspectivas teóricas; dichas investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad ilustran estos intentos. Las terapias cognitivo-conductuales empiezan generalmente por identificar la valoración idiosincrásica negativa pertinente de eventos, situaciones y personas.

Por ejemplo, un individuo puede tener estos pensamientos: “pronto ocurrirá un desastre, me estoy volviendo loco, no puedo confiar en otras personas.”

De manera típica, la terapia requiere que el terapeuta le proporcione al paciente los fundamentos del tratamiento (por ejemplo, la necesidad de reducir o eliminar pensamientos intrusivos). La identificación de lo que desencadena los pensamientos intrusivos, la conducta, el modelamiento, la reestructuración cognitiva, la exposición y la práctica de las respuestas adaptivas son usados como componentes de la terapia de acuerdo a las necesidades (Dobson, 2001: Pág. 265).

La combinación de elementos de diferentes enfoques clínicos, tan valiosa como puede ser, también plantea una pregunta sobre los ingredientes activos de la combinación. Como se han infiltrado mutuamente uno con otro, parece existir menos diferencias claras entre la terapia conductual de lo que antes se pensaban.

Se necesitan estudios que compartan grupos de pacientes que reciben diferentes combinaciones de elementos terapéuticos de acuerdo con sus necesidades para identificar las fortalezas y debilidades de los enfoques terapéuticos sugeridos; mismos que requiere de más estudios sobre sus características, efectuados por profesionales con un enfoque terapeuta particular. Un estudio de la terapia cognitiva conductual con pacientes con trastorno de angustia que incluyó a 14 terapeutas demostró que los terapeutas realizan una fuerte contribución a los resultados terapéuticos (Huppert y Cosl, 2001).

## **2.5 Evaluación de la ansiedad**

Las personas adultas que presentan un trastorno de ansiedad, suelen preocuparse de forma excesiva por las circunstancias normales de la vida diaria. De hecho el trastorno de ansiedad se

caracteriza por una preocupación excesiva, ansiedad y expectativa aprehensiva de una amplia gama de acontecimientos.

El trastorno de ansiedad apareció oficialmente en el DSM-III (APA, 1980), aunque se consideró como una categoría diagnóstica residual, lo que significaba que no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno. En 1987, el DSM-III-R (APA, 2007) ya lo considera como una categoría diagnóstica principal y plantea como característica básica una preocupación excesiva poco realista. Actualmente, éste trastorno está enmarcado dentro de los trastornos de ansiedad del Eje I del DSM-IV-TR (APA, 2002).

En el trastorno de ansiedad aparece sintomatología cognitiva, fisiológica y motora: la persona puede experimentar tensión muscular, fatiga, irritabilidad, alteraciones del sueño, así como conductas de evitación. Las distorsiones cognitivas hacen referencia a la sobrevaloración de la probabilidad de que ocurra un suceso temido, a la gravedad del suceso, así como la infravaloración de los recursos de afrontamiento y la posibilidad de recibir ayuda de otros.

El trastorno suele comenzar en la adolescencia o a principio de la vida adulta; su prevalencia está alrededor de 5 por 100 y las mujeres son diagnosticadas el doble que los hombres (Roy, Byrne y Cowley, 1998).

Brawman y Minzeret señalan que el trastorno de ansiedad es muy resistente al cambio y que el 90 % de los pacientes lo mantiene toda la vida; por lo tanto, se considera a su curso crónico con agravamientos que coinciden con periodos de estrés (Brawman y Minzeret: 1993: Pág. 507).

Los sujetos con trastornos de ansiedad no suelen buscar ayuda para su problema ya que está asociado a un malestar que presenta menos síntomas y por un deterioro social inferior suelen esperar muchos años antes de acudir a un profesional. Otra razón que puede influir es que, cuando acuden a consulta no se diagnostique apropiadamente, quizá porque se da relevancia a algún síntoma o porque se presente otro trastorno produciendo enmascaramiento; por todo ello el diagnóstico diferencial es muy importante en los procesos de evaluación (Duglas y Laadouceur, 2002: Pág. 508)

El concepto de preocupación es clave en éste trastorno ya que autores como Dugas y Ladouceur señalan que la preocupación consiste en pensamientos continuos sobre el peligro futuro que se experimentan como incontrolables. (Dugas y Ladouceur, 2002: Pág. 508)

Aunque los temas de preocupación son muchos Sanderson y Barlow destacan que las personas con trastorno de ansiedad se preocupan, principalmente por su familia, cuestiones económicas, el trabajo y la enfermedad. (Sanderson y Barlow, 1990: Pág. 508).

La investigación ha relacionado a la preocupación con varios aspectos, cuya evaluación será fundamental en este trastorno; tales aspectos son la intolerancia a la incertidumbre, las creencias sobre la preocupación, la orientación al problema y la evitación cognitiva.

La intolerancia a la incertidumbre parece ser un importante factor de vulnerabilidad cognitiva en pacientes con un trastorno de ansiedad y en personas que se preocupan mucho; Duglas y Ladouceur indican que los individuos intolerantes a la incertidumbre percibirán más situaciones amenazantes debido a su modo vigilante de afrontamiento, en donde una percepción de amenaza conduce a la preocupación, aumento de ansiedad y depresión. La intolerancia a la incertidumbre es el resultado de un bajo umbral en la percepción de la ambigüedad y de reacciones intensas ante situaciones ambiguas, que retroalimentan la incertidumbre, la ansiedad, la preocupación y la anticipación de futura amenazantes (González, Ibáñez, Peñate, Díaz y Díaz, 1998).

Cuando realizamos un proceso de evaluación debemos tener en cuenta que el diagnóstico corresponde a una primera parte de la evaluación llamada cualitativa, a la que hay que añadir necesariamente, una evaluación cuantitativa de los síntomas presentes en cada persona como su gravedad. Para llevar a cabo la evaluación cualitativa o diagnóstica es recomendable utilizar sistemas de criterios diagnósticos complementada con la aplicación de entrevistas estructuradas desde esos sistemas de criterios.

Para la evaluación cuantitativa podemos utilizar diversas técnicas de recogida de información, como el auto informe o la observación. Para la evaluación cualitativa o diagnóstica se puede utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR que enumeramos a continuación:

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como en el rendimiento laboral o escolar) que se prolonguen más de seis meses.
2. Al individuo le resulta difícil controlar éste estado de consciente preocupación.
3. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses): inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
4. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I.
5. La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado de desarrollo.

### **2.5.1 Objetivos de la evaluación**

- Identificar los síntomas presentes y establecer el diagnóstico.
- Obtener información sobre la gravedad de los síntomas comportamentales, fisiológicos y cognitivos, además de averiguar cómo interfieren tales síntomas en la vida de las personas.
- Obtener información sobre variables relevantes asociadas con el trastorno, como son la intolerancia a la incertidumbre, las propias razones de las preocupaciones, la supresión de pensamientos y la solución de los problemas.
- Evaluación de los aspectos generales que pueden aparecer de manera concomitante.

### 2.5.2 Aspectos básicos del trastorno a evaluar

Los aspectos básicos que debemos evaluar son consecuencias de los objetivos que perseguimos.

- a) **Evaluación de la sintomatología y diagnóstico.-** Éste es el primer paso a seguir en la evaluación de un paciente; la evaluación de estas áreas permitió establecer el diagnóstico y la línea base, junto con el resto de áreas que analizaremos más adelante. Asimismo, evaluar la sintomatología nos proporcionó información sobre los tratamientos a seguir; aunque debido a la co-morbilidad del trastorno de ansiedad es importante determinar si puede establecerse algún otro diagnóstico asociado.
- b) **Gravedad de la sintomatología e interferencias.-** En la primera área nos hemos referido a la sintomatología para establecer el diagnóstico; sin embargo, además de la presencia o no de un síntoma interesa conocer cuando está presente, con qué intensidad y de manera afecta a la vida de la persona. En el trastorno de ansiedad se afectan fundamentalmente las cogniciones, presentando efectos sobre áreas muy variadas como la familiar, laboral, social, sexual, académica y económica.
- c) **Variables relevantes relacionadas.-** Tal como hemos indicado, las cogniciones están muy afectadas en este trastorno, por lo que conviene que su evaluación sea detallada, especialmente en lo referido a la intolerancia a la incertidumbre, las razones de las preocupaciones, los intentos de suprimir pensamientos y las estrategias que utilizan para resolver problemas.
- d) **Evaluación general.-** Una vez obtenida información sobre los aspectos claves, conviene evaluar aspectos relacionados como el estado de ánimo y la ansiedad. Otros aspectos que pueden incluirse en este apartado y son, por una parte, la evaluación de los factores estresantes para el paciente que históricamente le han producido agravamientos del trastorno y por otra, los factores que hayan producido mejorías.

### 2.5.3 Métodos de evaluación

Los criterios diagnósticos, como ya hemos indicado han cambiado del DSM.III al DSMIV, toda vez que antes se consideraba un trastorno no específico y se evaluaba con medidas globales de ansiedad; estas medidas siguen siendo importantes, pero las medidas específicas de los síntomas clave



son fundamentales. El método más adecuado en la actualidad es el de Dugas y Ladouceur publicado en el 2002, cuyos autores proponen un proceso de evaluación que incluyen cuatro aportados, en donde recomiendan que sus propuestas sean administradas antes y después de la intervención.

Los puntos están relacionados con los objetivos y sus aspectos básicos a evaluar son los siguientes:

#### **2.5.3.1 Entrevistas estructuradas**

“La entrevista para los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV” ADIS-IV; (Brown, Di Nardo y Brolow, 1994): permite obtener diagnósticos fiables de todos los trastornos de ansiedad. La entrevista investiga aspectos relacionados con los trastornos de ansiedad, como la presencia de alteraciones en el estado de ánimo, trastornos somatomorfos o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Se puede obtener también información sobre aquellos trastornos padecidos en algún momento de la vida, además de añadir información funcional. Al final de la ADS-IV se incluye la aplicación opcional de la “Escala Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad” (HARS; Hamilton, 1959) y de la “Escala Hamilton para la Evaluación de la Depresión” (Ham-D; Hamilton, 1960); por lo que el terapeuta tiene la posibilidad de evaluar más detalladamente la sintomatología ansiosa y/o depresiva del paciente mediante estos dos instrumentos. La entrevista clínica estructurada es también utilizada para lo referido a la ansiedad aunque se considera como la más adecuada la anterior.

Es importante señalar que el empleo de ésta escala sigue la recomendación que hacen Brown, Di Nardo y Barlow; mientras que Dugas y Ladoucer utiliza el “Inventario de ansiedad de Beck” y el “Inventario de depresión de Beck” (Beck, 1988: Pág. 154).

#### **2.5.3.2 Evaluación de los síntomas**

El cuestionario de ansiedad y preocupación WAQ, comienza con una lista de hasta seis temas de preocupación; sobre éstos temas se plantea una serie de preguntas sobre la naturaleza excesiva o realista de la preocupación, como la inmoderación hacia la incertidumbre, la supresión de pensamiento, la orientación hacia el problema y el perfeccionismo. (Dufas y otros, 1995)

Cuestionario de preocupaciones del Estado de Pensilvania” evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas asociados a la preocupación y fundamentalmente al componente cognitivo de las respuestas de ansiedad (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).

### **2.5.3.3 Evaluación de variables clave asociadas con TAG**

La evaluación de la “Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre” analizada en el año de 1994 por los estudiosos Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas y Ladouceur asociada a las incertidumbres, reacciones emocionales - conductales estresantes, situaciones ambiguas de inseguridad e intentos por controlar el futuro, convierten en una variable clave para ésta investigación, misma que se evaluó a través de un análisis factorial. Los autores mencionados encontraron cinco factores que correspondería a ideas de incertidumbre que provocan frustraciones, altos índices de estrés e inhibe la acción. Ésta escala proporciona información importante sobre variables cognitivas. Su consistencia interna es buena y la estabilidad temporal también; mientras que la adaptación española de la escala ha sido realizada por Gonzales, Ibáñez, Peñate, Díaz y Díaz en 1998 (Dugas, Ladouceur y Freeston, 1995).

“El Inventario de succiones de problemas sociales” presenta dos escalas principales que buscan la solución de problemas sociales: la “Escala de Orientación al Problema” formada por tres sub-escalas: condición, emoción, y conducta, y la “escala de habilidades de solución de problemas” compuestas por otras sub escalas: definición y formulación de problemas, generación de soluciones alternativas, toma decisiones, puesta en práctica y verificación de solución (SPSI; D’Zurilla y Nezu, 1990).

La interrogante ¿Por qué preocuparse?” se plantea a través de un cuestionario que ayuda a reflejar las razones por las que se preocupa la gente; mientras que el análisis factorial realizado por los autores permite encontrado dos tipos de creencias (Freeston, 1994).

Finalmente el “Inventario de supresión de pensamientos” estudiado por Wegner y Zanakos en el años de 1994 evalúa tendencias a suprimir de pensamientos no deseados.

### **2.5.3.4 Evaluación general de la ansiedad y depresión**

“El inventario de ansiedad de Beck”pretende evaluar la intención de los síntomas de ansiedad cognitivos, afectiva y somática durante la última semana. Éste es el instrumento que además de

configurar el protocolo de Dugas y Ladouceur (2002) fue fundamentalmente construido para evaluar la ansiedad en pacientes psiquiátricos sin solaparse con la evaluación de la depresión; sin que con ello se pueda considerarse generalizada una medida específica de la ansiedad, ya que resulta indispensable una adecuada discriminación entre los trastornos de la ansiedad (Beck, 1998: Pág. 513)

“El Inventario de depresión de Beck” es un auto informe que entre su contenido sobresale la importancia concedida por sus autores al componente cognitivo de la depresión, arrojando información que señala cómo se han sentido durante la última semana, incluyendo el día en que responde el paciente (Beck, 1961: Pág. 513).

### **2.5.3.5 Otros instrumentos de evaluación**

Existen otros instrumentos de evaluación recomendados por la literatura que muestran buenas propiedades psicométricas y que han sido utilizados tanto en la práctica como en la investigación.

“La Escala Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad - Hamilton Anxiety Rating Scale HARS” inventada en 1959 por el mismo Hamilton es un instrumento de evaluación, que aunque no fue creado para utilizarse con criterios de DMS, es muy utilizado para la evaluación de la ansiedad generalizada. Con ésta escala se puede obtener información durante la entrevista del grado de ansiedad en factores específicos como la ansiedad psicológica – cognitiva con humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta, y la ansiedad somática con síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos (Muñoz, 2002: Pág. 514).

La HARS está formada por 14 ítems que el evaluador deben puntuar a través de una entrevista en una escala asignada a cada ítems de 0 (ausencias de síntomas) a 4 (intensidad máxima); puntuación que depende de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentados. Es un instrumento de evaluación hetero aplicado o también llamado escala de observación, cuya debilidad es no disponer de baremos para población ecuatoriana, impidiendo discriminar desde sus contenidos globales los diferentes trastornos de ansiedad.

En cuanto a su finalidad, se puede manifestar que su consistencia interna (0,70 a 0,86), finalidad test re test (0,96) y valides son muy buenas, ya que las correlaciones que presenta con otras

pruebas como las Escalas de Ansiedad de Covi o de Beck oscilan entre 0,75 a 0, 59 (Muñoz, 2002: Pág. 514).

“El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” es incluido por Echeburua en el año 2000 como un instrumento de evaluación de la ansiedad generalizada, sin que logre discriminar suficientemente entre ansiedad y depresión; sin embargo, el mismo autor manifiesta que éste instrumento fue diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad, incluyendo también una sub escala de estado que permite evaluar las conductas de ansiedad en las situaciones actuales del paciente. En ésta escala de ansiedad – rasgo los pacientes tienen que describir cómo se siente generalmente y en el momento de contestar. (Echeburua, 2000: Pág. 514)

#### **2.5.3.6 Auto observación**

Las interacciones en la vida real del paciente se pueden obtener mediante registros con el autor, siendo éste método muy sensible en el momento de la detención de los ítems situacionales y de las respuestas significativas. El “auto registro para el trastorno de la ansiedad generalizada” determina un correcto utilitarismo, en cuya escala de 0 a 8, la persona anota al final del día su nivel medio y máximo de ansiedad, el porcentaje del día que pasó preocupado; así como el nivel medio de depresión y de afecto positivo. (Brown, O’Leary y Barlow, 1993)

#### **2.5.3.7 Evaluación psicofisiológica**

Las actividades fisiológicas puede ser evaluadas mediante auto informes o con registros psicofisiológicos. En el auto informe el paciente entrega información sobre la percepción de su actividad fisiológica como la taquicardia; tal como lo demuestra el “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA” (Miguel – Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988).

Por otra parte, los registros psicofisiológicos son la manera directa de evaluar la actividad fisiológica; las medidas más habituales en la evaluación de la ansiedad generalizada son el electromiograma, la frecuencia cardíaca y la actividad electrodérmica.

La ventaja de estas medidas es que ofrecen resultados fiables al punto de ser considerados métodos objetivos, pero el alto coste y de la fiabilidad de su aplicación cuentan como inconvenientes. Junto a ello, está el hecho de que todavía no se haya podido establecer una respuesta fisiológica

definitoria de la ansiedad, junto a los problemas metodológicos que presentan este tipo de registros, determinándose que se usen dentro de la práctica clínica.

## **2.5.4 Tipos de trastornos de ansiedad**

### **2.5.4.1 Definiciones previas**

- a) **Crisis de angustia.-** Es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, acompañada de numerosos síntomas somáticos y/o psicológicos. La crisis se inicia de forma brusca, al punto que el paciente en la primera crisis no tiene idea de lo que está sucediendo y alcanza su máxima expresión con rapidez (10 minutos o menos), acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los síntomas más frecuentes de las crisis son: aturdimiento, nerviosismo, taquicardia y palpitaciones, sudación, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (adormecimientos y hormigueos) y escalofríos o sofocaciones.

La duración media de una crisis de angustia desde el momento de su inicio hasta su finalización suele ser de 20 a 30 minutos; mientras dura la crisis puede mostrarse inquieto motrizmente (deambúlante, entrando y saliendo), o inmóvil.

Tras la crisis el paciente, agotado y fatigado, muestra un rostro aterrorizado con habla entrecortada, cuyos estados físicos y psicológicos producen una conmoción importante. Luego de la primera crisis el sujeto puede generar miedo anticipatorio a experimentar una nueva crisis, sin que el paciente pueda asociar su trance con situaciones de índole psicológico o emocional, simplemente el paciente se muestra “ciego” e imposibilitado para reconocer la naturaleza emocional (Gradillas, 1995)

El DSM-IV exige la presentación de al menos cuatro de los síntomas del listado anterior y las crisis que presentan menos de cuatro de estos síntomas se denominan crisis sintomáticas limitadas o crisis encubiertas, concluyendo que no todas las crisis son iguales.

- b) **Agorafobia.-** Es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso; en donde en caso de aparecer una crisis de

angustia o síntomas similares a angustia no pueda disponer de ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones entre los que cabe citar al estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en automóvil, autobús o avión, encontrarse en un puente o en un ascensor, llegando en algunos casos a exponerse individualmente a situaciones temidas, produciendo un considerable terror.

Les resulta más fácil enfrentarse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido. “El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes o para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas” (Jarne, 2000: Pág. 241).

### **2.5.5 Tipos**

#### **2.5.5.1 Trastornos de angustia sin agorafobia**

Se caracteriza por la aparición repetida e inesperada de crisis de angustia o ataques de pánico, seguidas de la aparición (mínimo un mes) de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones, llegando a afectar un cambio del comportamiento significativo relacionado con estas crisis. Éste trastorno se describe como “sin agorafobia” porque no se presenta tales síntomas (Jarne, 2000: Pág. 242).

No es infrecuente que el inicio o la exacerbación de este trastorno se asocien a una ruptura o pérdida de una relación interpersonal importante para el paciente.

#### **2.5.5.2 Trastornos de angustia con agorafobia**

Éste trastorno es muy similar al que acabamos de comentar, pero se diferencia porque el sujeto presenta síntomas claros de agorafobia. El miedo anticipatorio, consiste en el temor a experimentar una nueva crisis, ya que la mayoría de las personas que sufren crisis acaban vinculando a situaciones o lugares más o menos concretos en los que sería difícil pedir ayuda o huir.

A partir de estas asociaciones los pacientes desarrollan conductas de evitación, es decir tratan de evitar encontrarse en esas situaciones o lugares en los cuales padecer una nueva crisis de angustia. A partir de ese momento el paciente elude, con mayor o menor intensidad una serie de situaciones típicas

como estar solo fuera de casa, entrar en lugares concurridos o cerrados, viajar en transporte público o conducir en autopistas, etc.

El miedo a éste tipo de estímulos y su evitación es lo que se da en llamar agorafobia; por lo tanto si nos encontramos con un paciente que ha desarrollado su agorafobia como consecuencia de una crisis de ansiedad, entonces el diagnóstico que le corresponde es “trastorno de angustia con agorafobia”. La agorafobia puede aparecer también sin que el sujeto haya experimentado crisis de ansiedad, estaríamos entonces ante un cuadro clínico de “agorafobia sin historia de trastorno de angustia” (Jarne, 2000: 247)

### **2.5.5.3 Trastorno por estrés agudo**

Se trata de un trastorno transitorio de gravedad notable en respuesta a una situación estresante excepcional. El agente estresante puede ser una experiencia traumática e impactante que implique una amenaza a la integridad física del paciente o a sus próximos allegados (catástrofes naturales, accidentes, guerras, violación, torturas, diagnóstico de enfermedades mortales, pérdida repentina de familiares, secuestros o encarcelamientos, etc.).

Experiencias de carácter sexual inapropiadas para la edad de niños, aun en ausencia de violencia o daño real, puede convertirse en experiencias o acontecimientos traumáticos. El trastorno puede llegar a ser grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos, como es el caso de torturas o violaciones.

La probabilidad de presentar éste trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso sea el estresar o más cerca físicamente se encuentre el sujeto de este, pudiendo también experimentarse cuando el sujeto es testigo de tales acontecimientos, aun sin ser la víctima directa de ellos.

Los síntomas suelen ser especialmente de tipo disociativo, diferenciándose del trastorno por estrés postraumático, aunque también podemos encontrar síntomas de ansiedad (insomnio, irritabilidad, sobresalto), fobias (evitación de estímulos que recuerden el trauma tanto en el pensamiento como en las actividades o lugares) y de reexperimentación del traumatismo, ya sea en forma de imágenes, sueños o incluso episodios de flashback. No es extraño encontrar en estos pacientes sentimientos de culpabilidad tras el trauma. (Jarne, 2000: Pág. 251)

Los síntomas deben presentarse inmediatamente después del trauma y, por definición, debe tener una duración igual o menor a un mes. Si los síntomas del paciente se prolongan durante más tiempo, el diagnóstico se sustituye por el de “trastorno de estrés pos traumático”.

Las variables como apoyo social, rasgos de personalidad, trastornos mentales previos pueden influir en la aparición de éste trastorno, pero si el traumatismo es demasiado intenso se puede padecer aun en ausencia de cualquier tipo de factor pre existente.

#### **2.5.5.4 Trastorno por estrés postraumático**

La presencia de un traumatismo desencadenante provoca malestar en la mayoría de las personas, cuyos síntomas disociativos de ansiedad y evitación a los estímulos más o menos asociados con el trauma provocan una re-experimentación del trastorno.

A esta sintomatología cabe añadir un mayor componente de alteración en la esfera afectiva: notable pérdida del interés y motivación por cuestiones y actividades gratificantes, sensación de desapego con respecto a los demás, incapacidad para los sentimientos amorosos (especialmente por lo que respecta a la intimidad, ternura o sexualidad), sensación de desesperanza de cara al futuro, etc. Todos estos aspectos fundamentales en la vida de las personas resultan normalmente perturbados. En algunos casos los pacientes pueden sentirse culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida (Jarne, 2000: Pág. 255)

Cuando el traumatismo proviene de otras personas (abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos o internamientos en campos de concentración, torturas etc.), pueden aparecer con más intensidad los siguientes síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas.

Davidson y Foz resumen en el año de 1991 los síntomas del presente trastorno, que puede iniciarse en cualquier edad, en tres grupos: síntomas intrusivos (recuerdos y pesadillas); síntomas de evitación y paralización (evitación de estímulos vinculados al trauma, tendencia a estar en alerta,



perdida de interés, desesperanza y escasa implicación social), y síntomas de hiperactivación (ansiedad, incapacidad para relajarse e insomnio).

En la infancia suelen aparecer trastornos de conducta, pesadillas recurrentes, y síntomas psicossomáticos. Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses tras el trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones: la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones, todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático. Las consideraciones a propósito de la duración de los síntomas y sobre el tiempo transcurrido entre la exposición del trauma y su aparición permiten discriminar entre tres diferentes subtipos de este trastorno:

- **Agudo:** cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses
- **Crónico:** cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses
- **De inicio demorado:** indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Algunos estudios señalan la posibilidad de alteraciones permanentes de la personalidad en sujetos que padecen éste trastorno; además existen estudios que demuestran que los sujetos que han sufrido éste tipo de trastorno tienen menos probabilidades de acabar sus estudios, formar una familia, encontrar trabajo, etc., y más posibilidades de divorcio, violencia doméstica, problemas con hijos e insatisfacción en general (Jordan y cols, 1992: Pág. 79).

### **2.5.5.5 Trastorno de ansiedad generalizada**

Su característica fundamental es la preocupación respecto de diferentes circunstancias vitales y cotidianas como de salud, familia, asuntos económicos, trabajo, hijos, etc. Llegándose a considerarle como un trastorno con fuerte carga de alteración cognitiva.

La persona tiene dificultades, en muchas ocasiones, para discriminar o puntualizar con exactitud qué es lo que provoca sus síntomas, hasta llegar a la determinación de que el sujeto padece de “ansiedad difusa”. Sus preocupaciones deben durar, al menos 6 meses, lo que da una primera idea de cronicidad del trastorno (Jarne, 2000: Pág. 260).

Numerosos síntomas somáticos como tensión motora, temblores y fatiga se relacionan con él estrés, con síntomas como el dolor de cabeza, hipertensión arterial, colon irritable, trastornos gástricos, insomnio, manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, problemas para tragar, entre otras convirtiéndose en dificultades para concentrarse e irritabilidad.

Sus síntomas de trastorno se suelen agrupar en cuatro grandes grupos:

- a) Tensión motora
- b) Hiperactivación vegetativa
- c) Expectación aprensiva
- d) Vigilancia y alerta.

(Jarne, 2000: Pág. 239).

Este trastorno parece ser el más frecuente de entre los trastornos de ansiedad, pese a éste es uno de los trastornos menos visto en las clínicas especializadas, probablemente porque los pacientes se acostumbran a vivir con él; el mismo que aunque producen deterioro en el funcionamiento global del sujeto, no impide de manera rotunda (como puede suceder con otros trastornos de la serie ansiosa). Las mujeres son diagnosticadas más frecuentemente que los hombres.

#### **2.5.5.5.1 Trastorno obsesivo compulsivo**

Es la irrupción de pensamientos, impulsos o imágenes incontrolables que se repiten en la mente y se vivencia como intrusivos e inapropiados, mismas que convertidas en preocupaciones (obsesiones) son capaces de provocar ansiedad, duda y sufrimientos significativos. La mayoría de las veces la persona reconoce que estas ideas son producto de su propia mente e intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas a través de la realización de actos mentales o comportamientos repetitivos (compulsiones) que el individuo se ve obligado a realizar para prevenir los peligros que anuncian las obsesiones o calmar la angustia que éstas le provocan, cumpliéndolos de manera excesiva.

Obsesiones típicas son las preocupaciones excesivas por la suciedad, gérmenes, contaminación y miedo a actuar llegando a generar impulsos agresivos o violentos (ejemplo: miedo a empujar a alguien al vacío); sentirse responsable de provocar daño a otros, de ser responsable de accidentes, de generar pensamientos religiosos o sexuales prohibidos o espantosos, de preocuparse demasiado por el orden y la simetría de las cosas, y no poder desprenderse de objetos inservibles.

Compulsiones típicas son el lavado excesivo de manos, limpieza, chequeo de medidas de seguridad (cierre de hornillas, cerraduras), conductas repetitivas como necesidad de tocar ciertos objetos, arreglar o “emparejar” las cosas de forma simétrica, de ordenar o clasificar los objetos en forma excesiva, necesidad de hacer cálculos mentales contando objetos (compulsiones mentales) y la reiteración de actos cotidianos, sin poder controlarlos.

Un grupo reducido de personas presentan síntomas obsesivo-compulsivos quienes en algún momento de su vida presentan tics motores (movimientos involuntarios) y/o fónicos (emisión involuntaria de sonidos, ruidos o palabras) que suelen aparecer entre los 7 y los 18 años. La sucesión de tics motores y fónicos que persisten por más de un año, constituye el Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) que es considerado como uno del espectro Trastorno obsesivo compulsivo.

Éstos pacientes suelen presentar junto a sus tics un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo con predominaciones de obsesiones agresivas, sexuales, somáticas, de orden y simetría que consisten en una marcada tendencia a los actos repetitivos como golpear, morder y patear hasta sentir que todo va bien.

Dichos actos revisten en ocasiones características auto injuriantes como el morderse los labios hasta sangrar, hurgarse una herida hasta que duela o golpearse el pecho en respuesta a una obsesión; síntomas que pueden acompañarse de la necesidad de repetir palabras (ecolalia) o de decir lo inapropiado y aún de proferir palabras obscenas (coprolalia) en forma involuntaria (tics fónicos complejos).

#### **2.5.5.6 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**

Se diagnostica éste trastorno cuando existen pruebas fehacientes de que los síntomas de ansiedad se deben a efectos de una enfermedad; la relación entre el curso de la enfermedad y los síntomas ansiosos, así como la posible atipicidad del supuesto trastorno nos puede poner sobre la pista (Jarne, 2000: Pág. 264)

#### **2.5.5.7 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

Al igual que el caso anterior ésta categoría diagnosticada se reserva para aquellos casos en los que la ansiedad manifestada por el sujeto se considera secundaria a los efectos de una droga, fármaco o toxico. La intoxicación por alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, etc. puede provocar éste tipo de trastorno.

Las abstinencias de alcohol, cocaína, sedantes, hipnóticas, entre otras, pueden confundirse con trastornos de ansiedad. Medicamentos como los anestésicos, antihipertensivos, anticonceptivos orales, antipsicóticos, antidepresivos o tóxicos deben descartarse antes de diagnosticar un trastorno primario de ansiedad (Jarne, 2000: Pág. 265).

#### **2.5.5.8 Trastorno mixto ansioso depresivo**

Los síntomas de ansiedad y depresión se entrelazan con frecuencia, al punto de revelar que entre el 40 y 80% de los pacientes con trastornos de angustia exhiben síntomas de depresión mayor; mientras que el 25% de los deprimidos experimentan una crisis de angustia en alguna ocasión de su vida (Katun, 1991: Pág. 265).

La característica esencial de éste trastorno consiste en la presencia de síntomas ansiosos y depresivos sin que alguno de ambos predomine, ni posea suficiente cantidad clínica como para ser diagnosticado un trastorno de ansiedad o uno afectivo.

La clínica muestra que cuanto más leves son los síntomas de ansiedad y depresión, más solapamiento existe entre ambos cuadros; de manera que, es más probable que estemos frente a un trastorno ansioso depresivo, ya que a medida que el nivel de gravedad de los síntomas aumenta ésta posibilidad decrece sustancialmente.

Si ambas series de síntomas, son tan graves como para justificar el diagnostico individual respectivo, el paciente recibirá ambos diagnósticos. Si los síntomas se presentan vinculados a cambios o acontecimientos vitales importantes, el diagnóstico más adecuado sería el trastorno adaptativo.

#### **2.5.6 Fobias**

La fobia significa miedo, temor, pánico, pavor o temor a algo, existiendo fobias específicas en las que el paciente sabe exactamente a lo que teme, diferenciándose de las personas que sufren distorsiones graves de la realidad por padecer ansiedad generalizada. Sus miedos a objetos específicos personas o situaciones parecen inexplicables y van más allá de su control voluntario.

El miedo que siente el paciente sobre un evento potencialmente perjudicial no está ligado primordialmente al grado de amenaza ni al daño que imagina que sufrirá si ocurriera lo peor, sino al inquietante carácter del acontecimiento o situación en sí mismo. Los estímulos atemorizantes comúnmente son animales, objetos o eventos que presenta peligros reales en etapas tempranas de la evolución humana; aunque el miedo a perros, víboras, arañas parezca inadecuado hoy en día, dicho miedos pueden haber sido altamente adaptativos en tiempos antiguos.

Los individuos fóbicos no necesitan de la presencia real del objeto o situación temidos para experimentar una intensa tensión y molestia. Las fobias pueden empezar con una crisis de ansiedad generalizada pero la ansiedad se cristaliza en un objeto particular o situación como los elevadores, obscuridad, entre otros, pudiendo evadir el objeto o la situación temidos, evitando que la ansiedad alcance posiciones alarmantes.

Las fobias comprenden niveles de miedo que además de ser intensos interfieren en los patrones de vida y tienden a aumentar de manera progresiva. Las fobias, como otras formas de conducta desadaptada, no ocurren de manera aislada sino están entrelazadas con problemas diferentes. Las fobias, son relativamente comunes y tienen una frecuencia mayor que los trastornos de ansiedad generalizada (Robins y Regier, 1991: Pág. 246)

#### **2.5.6.1 Fobias específicas**

Muchas personas sienten cierta aprehensión o sensación desagradable ante determinados objetos o situaciones específicas: tormentas, subirse escaleras mecánicas, viajar en avión o extraerse sangre. La mayoría logra controlar sus temores y superar la situación sin que ello interfiera con su vida cotidiana.

Pero hay quienes viven de un modo tan intenso sus reacciones de miedo que realizan grandes esfuerzos para evitar afrontar esas situaciones temidas aun sabiendo que la amenaza que experimentan es injustificada. Estas reacciones pueden aparecer ante la presencia de ciertos objetos o situaciones o con solo pensar y anticiparse a tener esa experiencia.

Tener una o más fobias específicas puede obstaculizar e interrumpir la rutina diaria, limitar la eficacia en un área específica de su vida, disminuir la autoestima y crear tensión en la relación con otras personas. Algunas fobias se desarrollan en la infancia y se logran superar sin mediar una intervención directa; otras se mantienen a lo largo de la vida, pero también pueden surgir durante la adolescencia y la juventud de forma inesperada.

Las fobias son una categoría muy variada de miedos marcados, persistentes e irracionales, entendidas como reacciones intensas de ansiedad a objetos o situaciones particulares. Se caracterizan por el miedo extremo y evaluado como injustificado por quien la padece a algo específico. La experiencia es muy desagradable ya que puede generar niveles de ansiedad muy severos hasta experimentar ataques de pánico.

Aunque los miedos al agua y a las alturas no han sido relacionados a un condicionamiento basado en experiencias previas, alguna fobia específica tiene relación con experiencias traumáticas ocurridas a temprana edad (Poulton y Cols, 1999).

### **2.5.6.2 Fobia social**

La mayoría de las personas se ponen ansiosas ante ciertos eventos interpersonales o sociales, provocándoles a algunas de ellas sentimientos y temores desmedidos que trascienden un simple nerviosismo. Suelen ponerse tan ansiosos, ante la posibilidad de ser criticados o hacer el ridículo en público, que su vida se transforma en un calvario, y para ellos, el evitar ciertas situaciones embarazosas puede ser el recurso prioritario en sus vidas.

El elemento clave del trastorno de ansiedad social es la ansiedad y los temores extremos causados por la posibilidad de ser juzgado por los demás por comportarse de una forma que podría generar vergüenza o ridiculez, hace suponer erróneamente que todas las miradas están sobre él. La ansiedad al afrontar situaciones temidas puede tomar forma de ataques de pánico, incluyendo síntomas como palpitaciones, mareos, ahogos y sudoración profusa.

Las personas usualmente tratan de evitar las situaciones temidas, con lo que van restringiendo la posibilidad de vincularse con otras personas en distintas áreas vitales, aunque el trastorno de ansiedad social puede ser selectivo. Una persona puede sentir un miedo intenso ante una sola circunstancia, como rendir examen o entablar una relación amorosa y sentirse totalmente cómodo en el resto de sus actividades sociales.

Se cree que éste fenómeno es causado por una combinación de factores biológicos y circunstancias de la vida, como por ejemplo haber sufrido una experiencia humillante en público a una edad temprana, debido a una no favorable relación de intercambio social entre padres e hijos y a la presencia de trastornos determinados por cierta vulnerabilidad genética y diferentes factores del entorno, como la diabetes o las enfermedades del corazón. Las personas que padecen trastornos de ansiedad social son también consideradas personas que piensan, sienten y se comportan según el modo interpretativo de las situaciones y de su propia actuación, aunque usualmente se encuentre sesgado(Irwin, 2996: Pág. 248)

Las personas tienden a subestimar sus habilidades sociales. Ellos son conscientes de los signos físicos de su nerviosismo, como sonrojarse o transpirar y piensan que estos son obvios para los demás. También tienden a sobreestimar las habilidades sociales de otros así como su nivel de comodidad.

La ansiedad anticipatoria sobre el propio comportamiento en público puede volverse una profecía auto cumplida, debido a que el nerviosismo extremo puede resultar en un pobre desempeño. Esa mala actuación, a su vez, puede intensificar futuras preocupaciones sobre hacer el ridículo frente a los demás. La ansiedad puede conducir a ataques de pánico, incluyendo síntomas como palpitaciones, desmayos, ahogos y sudoración profusa.

Finalmente, temerá ser criticado pone en evidencia el grado de ansiedad del paciente al transpirar, temblar o ruborizarse, lo que le hace suponer la presencia de inseguridad y continuar cometiendo más errores.



## **METODOLOGÍA**

### **Método de investigación**

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo y de corte trasversal en donde se utilizó el método hipotético deductivo, el método de observación y el método de la terapia de evaluación cognitiva.

### **Método hipotético deductivo**

Es un método de la investigación que presenta dos funciones básicas de la hipótesis, como generalizar y ampliar los conocimientos comprobados desde un grupo de hechos, hacia los nuevos de la realidad. Sirve como punto de partida de las deducciones que determinan la vigencia de las hipótesis; es un instrumento de métodos empíricos y a partir de la segunda función cumple el papel de método hipotético deductivo.

Gracias a éste método se comprueba la eficacia de la intervención con la terapia de valoración cognitiva en el manejo de reglas de vida, afectos persona típico y otras variables cognitivas asociados a la ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la CMF-CT, y que participaron en éste estudio, tomando en cuenta que mediante éste método se estudiaron las actividades terapéuticas en discusión y se averiguó si la intervención fue acertada para las pacientes con este tipo de sintomatología.

### **Método de Observación**

Consiste en la selección, provocación, registro y codificación de aquel conjunto de conductas y ambientes relativos a organismos in situ que es coherente con los objetivos empíricos. Se lo utilizó durante todo el proceso terapéutico.

### **Método de la terapia de valoración cognitiva**

La terapia de valoración cognitiva utilizó con frecuencia los métodos de evaluación de la terapia multimodal, pero con orientación cognitiva. Estos métodos científicos están conformados por procedimientos de observación, aplicación de test psicométrico y plan de análisis.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación utilizado para la elaboración del “Estudio de la Efectividad de la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler en Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar con Manifestaciones de Ansiedad y con Diferente Nivel de Instrucción” fue descriptivo.

En éste contexto, la observación directa genera un contacto personal con el paciente para obtener información a través de los órganos del sentido y mediante el apoyo de técnicas psicométricas efectuar una valoración cognitiva del caso.

### Técnicas

**1.- Observación directa.-** Se mantuvo un contacto personal con la paciente, facilitando la observación de cada caso y la posibilidad de obtener la información para registrarla, efectuar el correspondiente análisis y seguidamente mediante la aplicación intencionada de los órganos de los sentidos en los pacientes en estudio obtención la información necesaria. Ésta información es de carácter no verbal y se obtuvieron de las manifestaciones externas, las mismas que fueron motivo de la observación y de expresión del inconsciente individual.

**2.- Técnicas psicométricas.** Fueron utilizadas para medir fenómenos psíquicos aplicados pre y post tratamiento.

**3.- Técnica de Estudio de Caso.-** Se realizó el estudio de serie de casos que representaron diversas situaciones problemáticas de la vida real para que sean estudiadas, analizadas y dar soluciones.

**4.- Técnicas de la terapia de valoración cognitiva.-** Mediante ésta terapia de valoración se realizaron las siguientes técnicas cognitivas:

- Poner en palabras la regla personal de vida
- Uso de preguntas
- Rastrear la historia fenomenológica
- Señalar y confrontar las reglas de vida discrepantes y conflictivas
- Uso de anécdotas, parábolas, humor y discusión de temas existenciales

- Protección en el tiempo
- Toma de decisiones y resolución de problemas
- Escucha cognitiva
- Entrenamiento asertivo
- Imaginación
- Auto observación

Técnicas Conductuales:

- Técnicas conductistas
- Uso de experimentos personales y resolución de problema
- Relajación
- Respiración

### **Variables de Investigación**

- **VI:** Terapia de Valoración Cognitiva
- **VD:** Ansiedad
- **VI:** Nivel de Instrucción

### **Definición Conceptual**

- **Terapia de Valoración Cognitiva:** Es una modalidad terapéutica psicológica de tipo cognitivo mediante la cual las personas emocionalmente inestables son diagnosticadas y atendidas mediante un proceso que incluye varios tipos de técnicas, con el propósito de lograr cambios permanentes en cuanto a pensamientos, emociones y conductas se trata.
- **Ansiedad:** Es un estado emocional caracterizado por la presencia de miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futura, acompañado de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

- **Nivel de Instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

### **Definición Operacional**

- **Terapia de evaluación cognitiva:** El proceso terapéutico será medido por el numero de aplicaciones efectuadas por la revista
- **Ansiedad:** Son síntomas y signos fisiológicos, psicológicos (cognitivos y conductuales)determinados mediante la observación de la historia multimodal de vida y la aplicación del Test de Hamilton.
- **Nivel de Instrucción:**De la mujer víctima de violencia intrafamiliar sea éste: primario, secundario, superior determinado mediante el documento de cédula de identidad.

### **Indicadores**

- **Terapia de valoración cognitiva:** Analiza síntomas psíquicos tales como el humor ansioso, tensión, temores, insomnio, concentración y memoria, humor depresivo y síntomas psíquicos como síntomas somáticos generales (síntomas musculares), síntomas generales (sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales y síntomas vegetativos.
- **Ansiedad:** Intensidad ligera, intensidad media, intensidad elevada e intensidad máxima.
- **Nivel de Instrucción:** Primario, secundario, superior.

### **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se realizó el estudio con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con manifestaciones de ansiedad y de diverso nivel de instrucción.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población**

La selección del grupo de estudio se realizó con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con sintomatología ansiosa que acudieron a la Comisaría de la Mujer y la Familia del Cantón Tulcán, durante los meses de junio a septiembre del año dos mil doce.

### **Criterios de Inclusión**

- Personas del sexo femenino
- Mujeres que acuden a la Comisaría de la Mujer y la Familia del Cantón Tulcán a presentar su denuncia por haber sido víctima de violencia intrafamiliar
- Presencia de sintomatología ansiosa
- Diverso nivel de instrucción
- Medida de auxilio octava y segunda

### **Criterios de Exclusión**

- Se excluye a víctimas del sexo masculino
- Quienes no antecedan la denuncia respectiva de ser víctimas de violencia intrafamiliar o que no presenten su respectiva denuncia del hecho consumado en la Comisaría de la Mujer y la Familia del Cantón Tulcán.
- Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que no presenten manifestaciones de ansiedad.
- Mujeres a las que en audiencia no se les otorgue la medida de amparo del numeral octavo.
- Mujeres a las que en audiencia no se les otorgue la medida de amparo numeral segundo

Se consideró también a aquellas personas que expresen de manera voluntaria su deseo de aceptación a seguir con las fases del programa de investigación.

## **Diseño de la Muestra**

Las unidades responden a una recolección de información mediante la Técnica de Estudio de Caso por tal razón el diseño corresponde al de una muestra no probabilística.

El presente estudio se realizó en seis pacientes que presentaban sintomatología ansiosa, que fueron víctimas de violencia intrafamiliar y con diferente nivel de instrucción.

## **INSTRUMENTO**

### **Observación Clínica**

La observación psicológica es una técnica que tuvo gran importancia para obtener el diagnóstico psicológico. En la aplicación fue fundamental el trabajo sensorio-perceptivo y de las funciones superiores, ya que permitió hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente.

Al aplicar la técnica de observación, aleatoriamente se realizó la descripción de la conducta y sus manifestaciones tanto verbales como no verbales durante la interacción con el paciente, logrando tener una descripción de la conducta y sus manifestaciones en un contexto dado.

La observación se concentró en el aquí y ahora, por lo que la atención se dirigió en general a la conducta inmediata, sus antecedentes y consecuencias. La observación depende tanto de la recopilación del observador como de la interpretación de los hechos; por lo tanto es útil elegir la conducta o problema objetivo a trabajar en el proceso psicoterapéutico.

Los pacientes pudieron observar su propio comportamiento en búsqueda de patrones de conducta a modificar o flexibilizar; ésta técnica conocida como auto-observación, ayudó a identificar con exactitud la magnitud del problema, concluyéndose en la utilización de una técnica confiable.

La observación facilitó la obtención de información a través de la aplicación intencional de los órganos de los sentidos sobre el ser humano objeto de estudio. Ésta información fue de carácter verbal y no verbal, y se obtiene de las manifestaciones externas, las mismas que fueron motivo de observación y formas de expresión del inconsciente individual.

La información obtenida por la aplicación intencionada de los órganos de los sentidos permitió, entre otras cosas, diferenciar a ésta técnica desde donde se efectuó un proceso de comunicación interactiva mediante la utilización del lenguaje verbal(Balarezo, 2003).

### **Test psicométrico**

La escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) se aplicó de forma individual en la etapa de evaluación psicológica, ayudando a recopilar signos y síntomas ansiosos. El comportamiento del paciente y cada ítem sirvió de ayuda en la valoración.

Se aplicó el presente Test Psicométrico siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 de la mañana, según recomiendan Bech y Cols.

Al valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad, no se distinguieron síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

Se puntúa de 0 a 4 puntos por cada ítem valorando la intensidad y la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems, con un rango que va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica ( ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13).

No existen puntos de corte para distinguir población con o sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad; cuyo resultado resulta muy útil por sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Posee excelentes valores de test – re test tras un día y tras una semana y aceptable estabilidad después de un año. La puntuación total representó una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, manteniéndose sensible al cambio tras el tratamiento.

### **PLAN DE ANÁLISIS**

Una vez aplicadas las técnicas de observación, psicométricas y de valoración cognitiva, con los instrumentos necesarios para la investigación, fue necesario evaluar la información de forma que

responda a los supuestos, interrogantes e hipótesis planteadas; para cuyo análisis se llevaron a cabo los siguientes pasos:

### **Recolección y procesamiento de la información**

- a) **Etapas 1.** Se realizó la selección de las 6 pacientes mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que constituyeron el grupo de estudio y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.
- b) **Etapas 2.** En la primera sesión se aplicó el instrumento seleccionado, la Escala de Ansiedad de Hamilton para determinar la presencia de sintomatología ansiosa de cada una de las consultantes, observando que las seis mujeres presentaban niveles de ansiedad variados entre ligera, media, elevada y máxima.
- c) **Etapas 3.** Se realizó la aplicación individual de la Historia Multimodal de Vida para conocer las áreas implicadas en las pacientes; siendo éstas el área cognitiva, área afectiva, área somática, área interpersonal y área conductual. Dicha información es de gran relevancia en la terapia de valoración ya que toma muy en cuenta la historia personal de vida del cliente, sus etapas pasadas y el presente, de ésta manera se pudo elegir las técnicas apropiadas para cada paciente.
- d) **Etapas 4.** Se inició el proceso de aplicación terapéutico estableciendo una alianza terapéutica esencial en ésta forma de psicoterapia, con objetivos realistas de lo que se desea conseguir; se llenó la hoja de compromisos en la cual entre otras cosas se llegó a determinar horarios de sesiones para cada participante, quedando estructurado con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de 60 minutos por aproximadamente dos meses.
- e) **Etapas 5.** Dentro del proceso terapéutico se explicó brevemente al paciente en qué consiste el modelo y se identificaron las áreas problemáticas. Se trabajó en dichas áreas determinando cómo influyen sus emociones, afectos, pensamientos y conductas en su desarrollo personal y social.
- f) **Etapas 6.** Se examinó con la paciente sus reglas personales de vida considerada como disfuncional, originadas por lo general en su infancia y que en la actualidad que le permiten una adaptación al medio en el cual se desenvuelve, aunque muchas de las veces no se consiguen resultados muy satisfactorios. Se indagó sus cogniciones justificadoras que afianzan



a los afectos y conductas, así como también se identificaron los afectos personales típicos presentes en cada paciente; mismos que llevan a originar sentimientos de vergüenza, ira, ansiedad, miedo, temor, depresión, autocompasión, y las maniobras o conductas de búsqueda de seguridad. Mediante la utilización de técnicas y métodos propios de la terapia de valoración cognitiva se trabajó para que las pacientes comprendan el porqué de muchos de los afectos, cogniciones y conductas disfuncionales que les impiden una adecuada adaptación interpersonal.

- g) **Etapas 7.** Una vez realizadas las sesiones psicoterapéuticas se vuelve a evaluar utilizando la Escala de Hamilton para la Ansiedad, con la finalidad de volver a medir el nivel de ansiedad que presentan posterior a la terapia aplicada.
- h) **Etapas 8.** Los resultados obtenidos se los analizó e interpretó para establecer la relación que permita comprobar las hipótesis planteadas

## **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **REVISIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Se realizó la aplicación de forma individual, en una sesión de cuarenta minutos a una hora aproximadamente por cada persona; se recopiló datos informativos, motivo de consulta, factores desencadenantes del episodio actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, valoración del soporte socio familiar, resumen multimodal de las aéreas implicadas tales como: área cognitiva, área afectiva, área somática, área interpersonal y área conductual.

Fue común encontrar problemas a nivel familiar especialmente con su pareja, en la relación padres e hijos y a nivel económico se detectó una fuerte dependencia económica de las pacientes hacia sus parejas.

Entre los aspectos relevantes en la infancia se menciona la situación de pobreza, carencia de afecto de sus padres, vivencias de maltrato y otra característica comunes como la falta de estudios superiores, el poco soporte a nivel socio familiar, y las afectación de las aéreas cognitivas y afectivas interpersonales.

Para obtener una mejor comprensión de nuestra propuesta de trabajo de investigación en la etapa de aplicación y resultados se procedió a dividir el presente estudio en tres etapas que se mencionan a continuación:

### **ETAPAS DEL TRATAMIENTO**

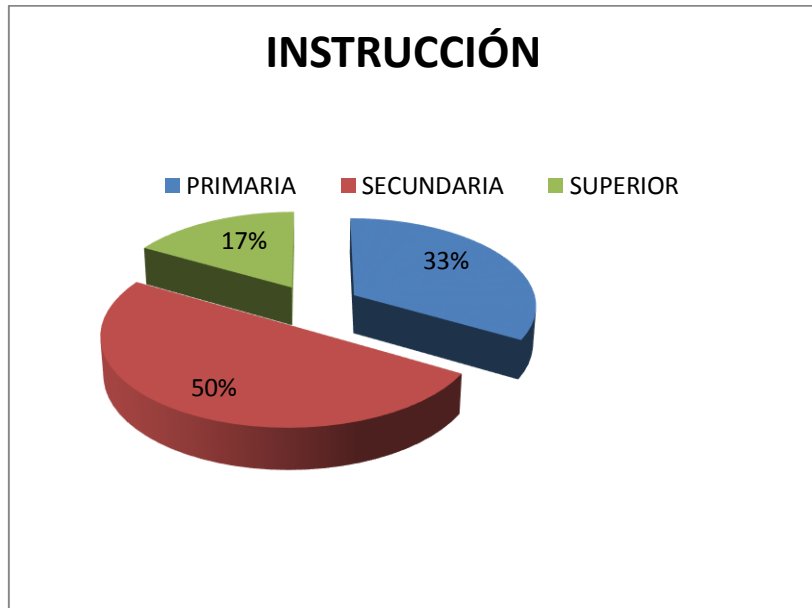
#### **Etapas de pre tratamiento o evaluación inicial**

En ésta primera etapa de evaluación diagnostica se utilizaron como instrumentos la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Historia Multimodal de Vida. Dos instrumentos que fueron aplicadas de manera individual a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, cuyos datos obtenidos son los detallados a continuación:

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Gráfico N° 1 Instrucción



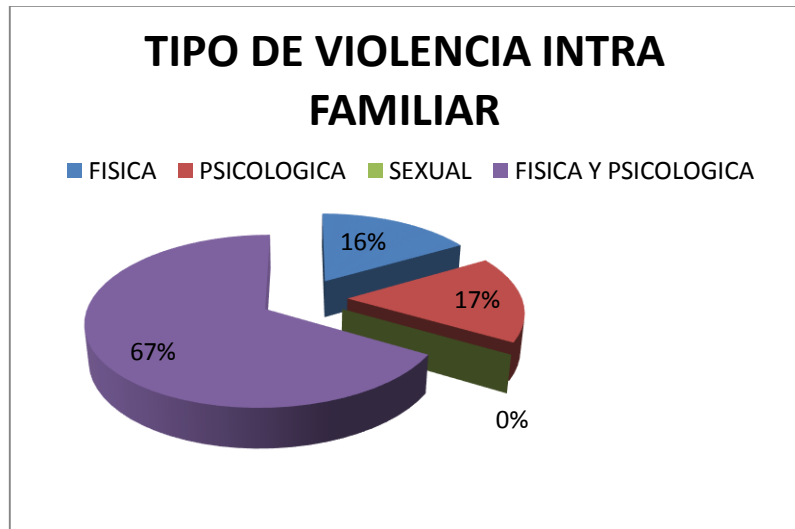
Fuente: Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico, el 33% de las personas que acudieron a terapia psicológica por violencia intrafamiliar tiene un nivel de instrucción primaria, el 50% tienen un nivel de instrucción secundaria y el 17% tiene un nivel de instrucción superior.

Al analizar el resultado podemos concluir que a terapia psicológica por violencia intrafamiliar acuden en mayor número personas con nivel de instrucción primaria y secundaria.

**TIPO DE VIOLENCIA**  
**Gráfico N° 2 Tipo de violencia intra familiar**



Fuente: Historia Multimodal de Vida.

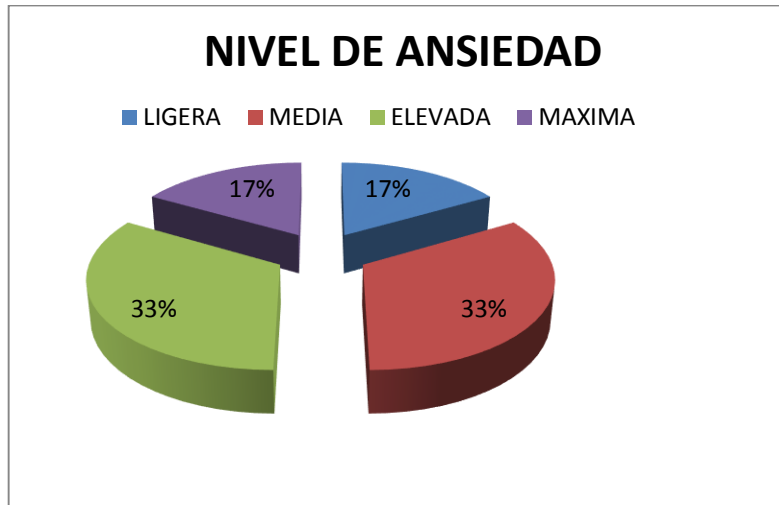
Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al grafico el 16% de las personas que acudieron a terapia psicológica por violencia intrafamiliar fueron víctimas de violencia física, el 17% fueron víctimas de violencia intrafamiliar psicológica y el 67% fueron víctimas de violencia intrafamiliar física y psicológica.

Al analizar el resultado podemos concluir que las personas que acudieron a terapia psicológica por violencia intrafamiliar en su mayoría fueron víctimas de violencia física y psicológica.

## NIVEL DE ANSIEDAD

Gráfico N° 3 Nivel de ansiedad



Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico el 17% de las personas que acudieron a la consulta psicológica por violencia intrafamiliar y que se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton presentaron ansiedad ligera, el 33% presentaron ansiedad media, el 33% presentaron ansiedad elevada y 17% presentaron ansiedad máxima.

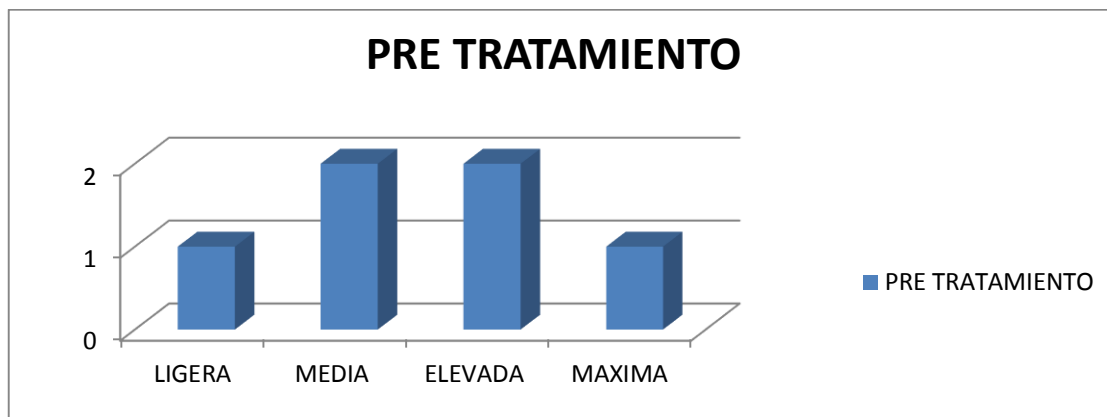
Al analizar el resultado podemos concluir que el mayor porcentaje de pacientes presentaron un cuadro clínico de nivel de ansiedad medio y elevado.

Los resultados obtenidos en el pre-tratamiento de la Escala de Ansiedad de Hamilton indicaron que toda la muestra presentó ansiedad, sea ésta en niveles ligeros, medios, elevados o máximos respectivamente, como se detalla a continuación:

- Caso 1: nivel de ansiedad ligero - Caso 2: nivel de ansiedad medio.
- Caso 3: nivel de ansiedad medio - Caso 4: nivel de ansiedad elevado.
- Caso 5: nivel de ansiedad elevado - Caso 6: nivel de ansiedad máximo.

## NIVEL DE ANSIEDAD

Gráfico N° 4 Pre tratamiento



Fuente: Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** Mediante la aplicación de la Historia Multimodal de Vida se pudo observar que en todas las mujeres existe sintomatología ansiosa, tanto a nivel somático como psíquico complicando áreas las cognitivas, afectivas y conductuales.

En referencia al tipo de instrucción la Historia Multimodal de Vida así como la cedula de ciudadanía nos permitieron conocer el nivel de instrucción del grupo de estudio. Las seis mujeres tienen diverso nivel de instrucción detallado según el caso:

- Caso 1: instrucción superior.
- Caso 2: instrucción secundaria.
- Caso 3: instrucción secundaria.
- Caso 4: instrucción secundaria.
- Caso 5: nivel de instrucción primaria.
- Caso 6 niveles de instrucción primaria.

### **Etapas de Tratamiento o Aplicación la Terapia de Valoración Cognitiva**

Se inicio el proceso en el segundo semestre del 2012, la muestra fue de 6 pacientes quienes recibieron tratamiento mediante la aplicación de la terapia de valoración cognitiva de Richard Wessler, la misma que se llevó a cabo en ocho sesiones individuales, basadas en los siguientes criterios:

- Tiempo disponible de las pacientes, adaptando el horario a una sesión por semana de 60 minutos aproximadamente.
- Requerimiento psicoterapéutico de las pacientes
- Evaluación individual pre y post tratamiento

A continuación se describen las sesiones terapéuticas realizadas de la terapia de valoración cognitiva individuales, las mismas que evidencian las técnicas, métodos y procedimientos utilizados que se aplicaron durante el proceso de investigación.

Presentamos la descripción de la aplicación de la terapia aplicada a mujeres que presentaban síntomas de ansiedad mediante una presentación individual de cada caso; detalle que responde y mantiene una correlación con proceso completo de investigación.

## **CASO SELECCIONADO**

### **SESIÓN No. 1**

#### **OBJETIVOS:**

Evaluación Psicológica

#### **ACTIVIDADES:**

Aplicación de la Historia Multimodal de Vida

Aplicación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad

#### **TAREAS:**

Investigar las áreas

Investigar síntomas de ansiedad

#### **RECURSOS:**

Formato de la Historia Multimodal de vida

Formulario de la Escala de Ansiedad de Hamilton

#### **TIEMPO:**

60 minutos

#### **OBSERVACIONES:**

Colaboración de la paciente en el proceso.

Presencia de sintomatología ansiosa ligera

### **SESIÓN No2.**

#### **OBJETIVOS:**

Establecimiento de objetivos terapéuticos

Establecimiento de la relación terapéutica

Llegar a acuerdos y compromisos

#### **ACTIVIDADES:**

Estructuración de objetivos

Alianza terapéutica

Aplicación de la hoja de consentimiento informado

#### **TAREAS:**

Definir y clarificar objetivos del paciente



Considerar al paciente con respeto, crear un ambiente seguro que no produzca vergüenza para que los sentimientos positivos y negativos se puedan manifestar y discutir

**RECURSOS:**

Hoja de consentimiento informado

**TIEMPO:**

60 minutos

**OBSERVACIONES:**

Compromiso para trabajar en el cumplimiento de objetivos

Buen nivel empático

Acuerdos terapéuticos y compromisos para asistir al proceso

### **SESIÓN No.3**

**OBJETIVOS:**

Seleccionar un área problemática

Modificar síntomas objetivos a partir de la Historia Multimodal de Vida

**ACTIVIDADES:**

Uso de precintas

Escucha cognitiva

Entrenamiento asertivo

**TAREAS:**

Hablar sobre preocupaciones actuales respecto al problema seleccionado

**RECURSOS:**

Historia Multimodal de Vida

Comunicación verbal y no verbal

**TIEMPO:**

60 minutos

**OBSERVACIONES:**

“Estoy aprendiendo a comunicarme de una manera adecuada voy a poner en práctica lo que ahora se”

## **SESIÓN No.4**

### **OBJETIVOS:**

Identificación, concientización, auto comprensión evolutiva de la formación de las RPV.

Flexibilización de las RPV

### **ACTIVIDADES:**

Escucha cognitiva

Poner en palabras las reglas personales e vida

Inferir en las reglas personales y su contexto evolutivo

Uso de experimentos personales o métodos e exposición

### **TAREAS:**

Detectar emociones para hallar las a cogniciones implicadas

Contraste de Hipótesis

Confirmación o des confirmación de expectativas derivadas de las RPV

### **RECURSOS:**

Historia Multimodal de Vida

Comunicación verbal y no verbal

### **TIEMPO:**

60 minutos

### **OBSERVACIONES:**

“Es mejor decir lo que pienso y siento de una manera adecuada y no guardarme mis pensamientos y emociones, ahora estoy mejor”

## **SESIÓN No.5**

### **OBJETIVOS:**

Detectar y trabajar con cogniciones justificadoras

### **ACTIVIDADES:**

Examen de cogniciones justificadoras y su exposición

Disonancia cognitiva

### **TAREAS:**

Revalorar cogniciones

Disociar conexiones cogniciones

### **RECURSOS:**

Historia Multimodal de Vida

Comunicación verbal y no verbal

TIEMPO:

60 minutos

OBSERVACIONES:

“Voy a pensar en mis pensamientos no tanto en los que me enseñaron”

### **SESIÓN No. 6**

OBJETIVOS:

Trabajar afectopersono típico.

Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel.

Conseguir el auto cuidado

ACTIVIDADES:

Auto revelación de sentimientos y de información personal

TAREAS:

Apaciguar sentimientos, reducir su intensidad

Tranquilizarse a si mismo

RECURSOS:

Comunicación verbal

TIEMPO:

60 minutos

OBSERVACIONES:

“Ahora me comunico adecuadamente y resuelvo los inconvenientes de una manera adecuada”

### **SESIÓN No. 7**

OBJETIVOS:

Detectar y trabajar con maniobras o conductas de búsqueda de seguridad

ACTIVIDADES:

Identificación de las conductas de búsqueda de seguridad

TAREAS:

Transferir responsabilidades

RECURSOS:

Comunicación verbal

TIEMPO:

60 minutos

OBSERVACIONES:

“Ahora me comunico adecuadamente y resuelvo los inconvenientes de una manera adecuada”

## **SESIÓN No. 8**

OBJETIVOS:

Conocer los resultados de la terapia

ACTIVIDADES:

Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton

TAREAS:

Información y análisis de resultados

RECURSOS:

Formato de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Informe terapéutico

TIEMPO:

45 minutos

OBSERVACIONES:

“Me siento bien y he superado mis dificultades”

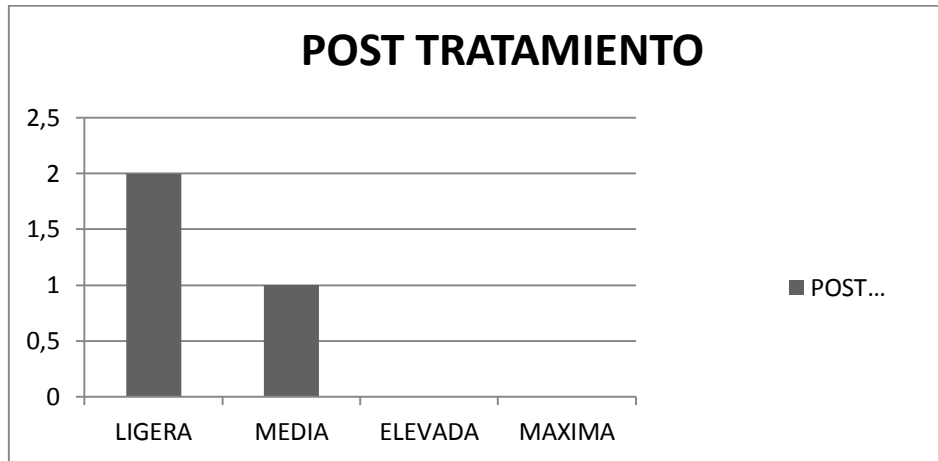
### **Etapas de Post tratamiento o Evaluación Final**

Luego de la aplicación de la terapia de valoración cognitiva en las pacientes, se realizó la aplicación Re Test de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Caso1: nivel de ansiedad ninguno - Caso2: nivel de ansiedad ninguno.
- Caso3: nivel de ansiedad ninguno - Caso 4: nivel de ansiedad ligero.
- Caso 5: nivel de ansiedad ligero - Caso 6: nivel de ansiedad medio

## NIVELES DE ANSIEDAD POST TRATAMIENTO.

Gráfico N° 5 Post Tratamiento



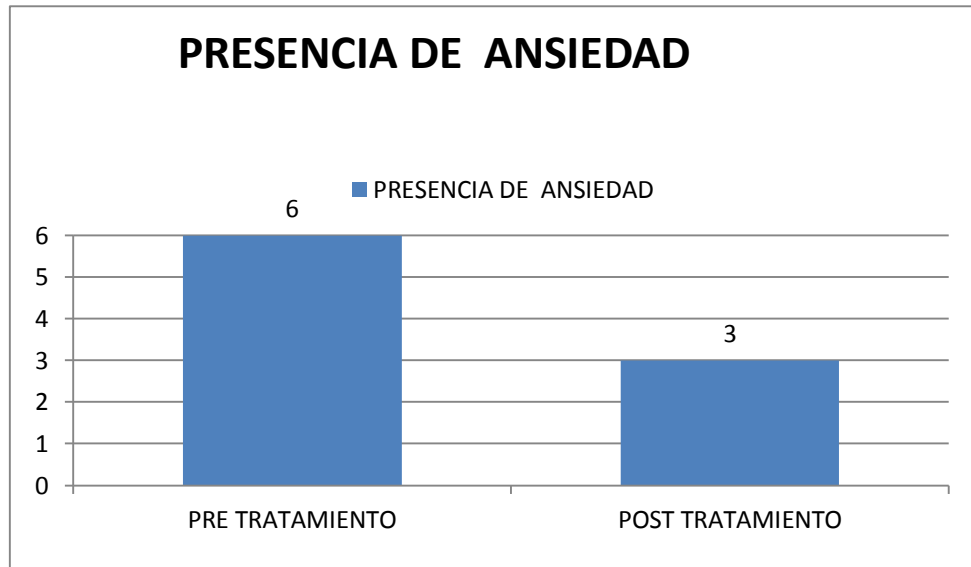
Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico, al aplicarles el Test de Escala de Ansiedad de Hamilton posterior a la aplicación de la terapia de valoración cognitiva, los niveles de ansiedad máximo y elevado desaparecen, y el nivel medio se reduce significativamente. Al analizar el resultado podemos concluir que de la totalidad de las personas que acudieron a la consulta psicológica por violencia intrafamiliar y se les aplicó la Terapia de Valoración Cognitiva, todas presentaron una evolución positiva en cuanto a la reducción y desaparición de la sintomatología ansiosa.

**COMPARATIVO DE PRESENCIA DE ANSIEDAD  
PRE TRATAMIENTO Y POST TRATAMIENTO.**

**Gráfico N° 6 Presencia de ansiedad**



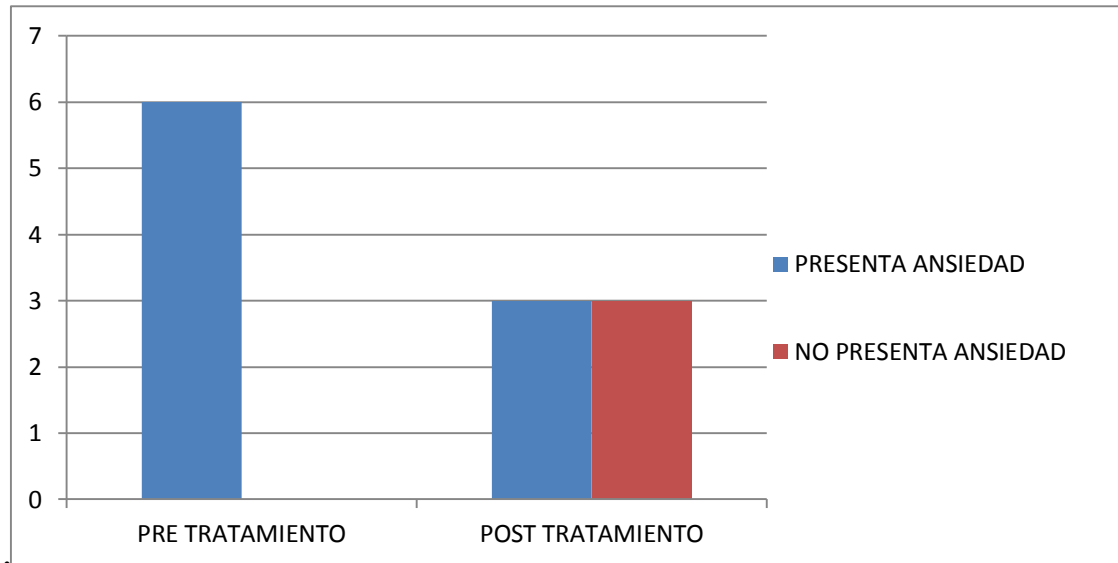
Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico del 50% de las personas que luego de acudir a la consulta psicológica por violencia intrafamiliar y al aplicarles el Test de Escala de Ansiedad de Hamilton posterior a la aplicación de la Terapia de Valoración Cognitiva presentaron un cuadro clínico de ansiedad, y el otro 50% de la población ya no presentó ansiedad.

## COMPRATIVO DE LA ANSIEDAD PRE TRATAMIENTO Y POST TRATAMIENTO.

Gráfico N° 7 pre tratamiento y post tratamiento



Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

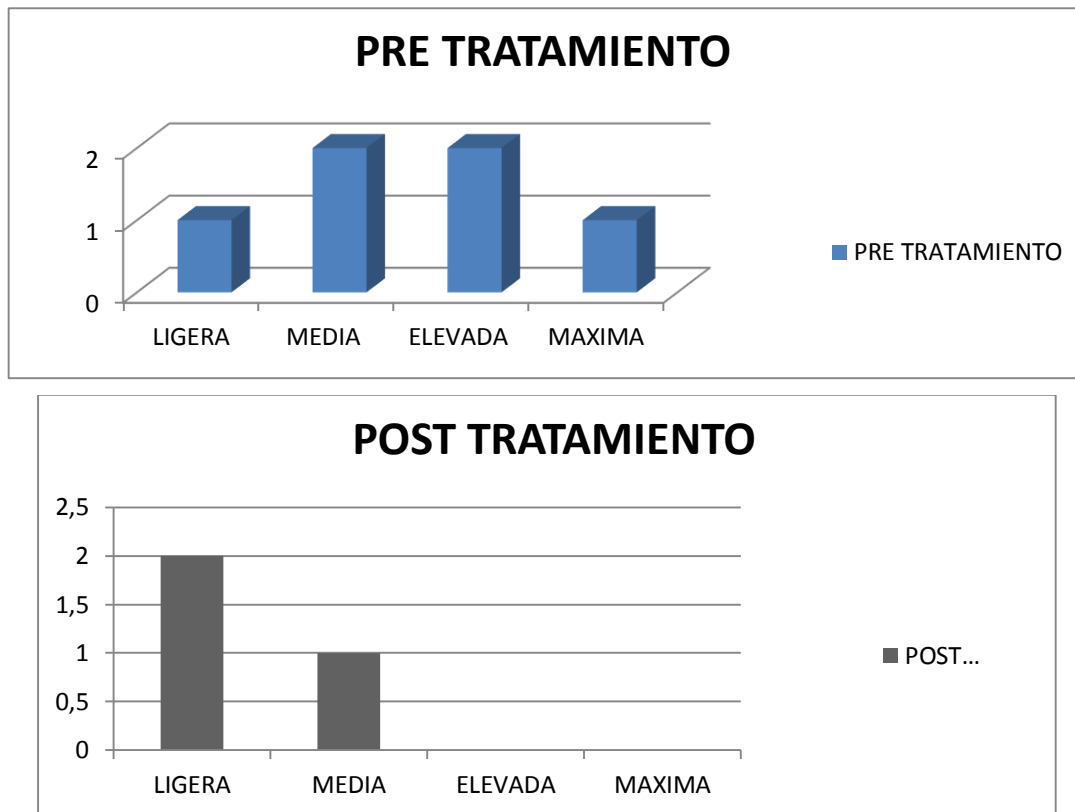
Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico el 50% de las personas que luego de acudir a terapia psicológica por violencia intrafamiliar y al aplicarles el Test de Escala de Ansiedad de Hamilton posterior a la aplicación de la terapia de Valoración Cognitiva no presentaron sintomatología ansiosa.

Al analizar el resultado podemos concluir que de la totalidad de las personas que acudieron a la consulta psicológica por violencia intrafamiliar y se les aplicó la Terapia de Valoración Cognitiva, la mitad de ellas alcanzaron una estabilidad emocional.

## GRÁFICOS DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD PRE TRATAMIENTO Y POST TRATAMIENTO.

Gráfico N° 8 Pre tratamiento y post tratamiento



Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

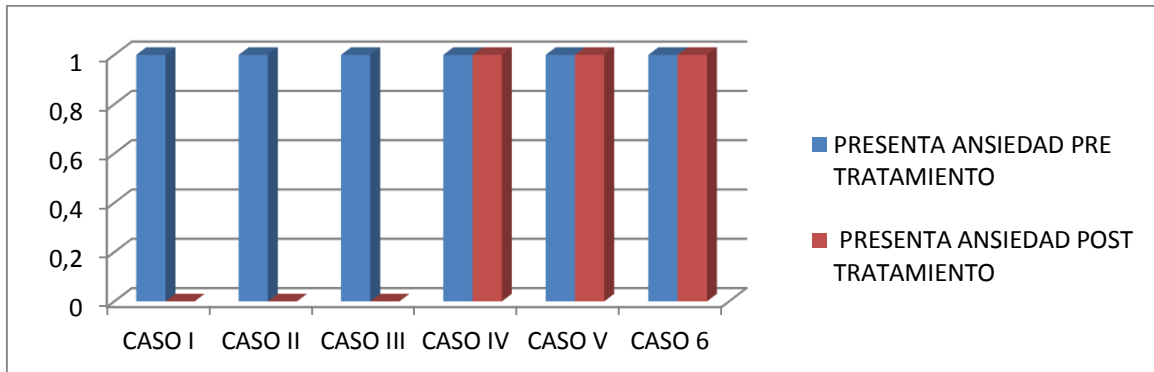
**Interpretación:** de acuerdo al gráfico, al aplicarles el Test de Escala de Ansiedad de Hamilton posterior a la aplicación de la terapia de valoración cognitiva, los niveles de ansiedad máximo y elevado desaparecen y el nivel medio se reduce significativamente.

Al analizar el resultado podemos concluir que de la totalidad de las personas que acudieron a la consulta psicológica por violencia intrafamiliar y se les aplicó la Terapia de Valoración Cognitiva, todas presentaron una evolución positiva en cuanto a la reducción y desaparición de la sintomatología ansiosa.



## COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD PRE TRATAMIENTO Y POST TRATAMIENTO CASO POR CASO.

Gráfico N° 9 Ansiedad pre tratamiento y post tratamiento caso por caso



Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

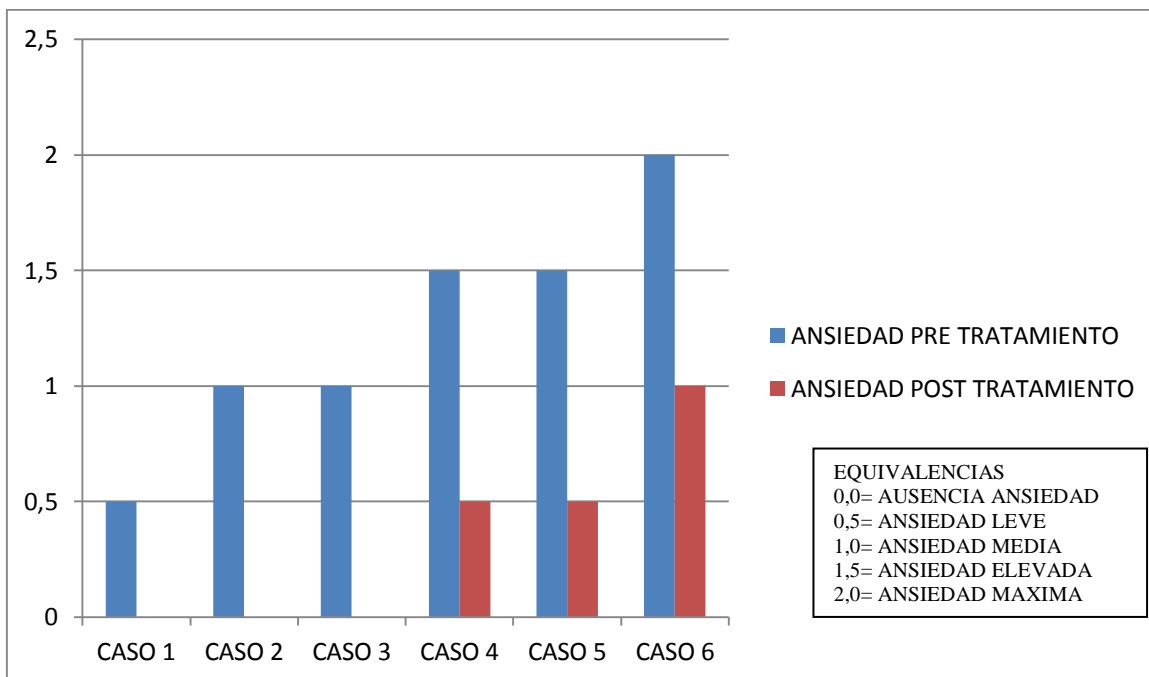
Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico, al aplicarles el Test de Escala de Ansiedad de Hamilton posterior a la aplicación de la Terapia de Valoración Cognitiva en los casos I, caso II y caso III desaparece la ansiedad, y en los casos IV, caso V, caso VI se mantienen la ansiedad en niveles menores.

Al analizar el resultado podemos concluir que para los casos I, caso II y caso III la aplicación de la Terapia de Valoración Cognitiva fue efectiva en un 100%, y para los casos IV, caso V caso VI, fue también efectiva pero en menor escala.

## COMPARATIVO DEL NIVEL DE ANSIEDAD PRE TRATAMIENTO Y POST TRATAMIENTO CASO POR CASO.

**Gráfico N° 10 Pre tratamiento y post tratamiento caso por caso**



Fuente: Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la Historia Multimodal de Vida.

Elaboración: Zaida Cristina Revelo

**Interpretación:** De acuerdo al gráfico, al aplicarles la Escala de Ansiedad de Hamilton en el caso I ansiedad ligera pre tratamiento, desaparecen los síntomas de ansiedad post tratamiento. En el caso II, ansiedad media pre tratamiento y desaparecen los síntomas de ansiedad post tratamiento. En el caso III ansiedad media pre tratamiento, y desaparecen los síntomas de ansiedad post tratamiento. En el caso IV, ansiedad elevada previo al tratamiento y disminuye a ansiedad ligera post tratamiento. En el caso V, ansiedad elevada pre tratamiento disminuye a ansiedad ligera post tratamiento. En el caso VI de ansiedad máxima pre tratamiento, disminuye a una ansiedad media post tratamiento.

Al analizar el resultado podemos concluir que la aplicación de la Terapia de Valoración Cognitiva permite reducir en dos niveles la sintomatología de ansiedad; así en los pacientes que presentaron niveles de ansiedad de ligera y media su aplicación dio como resultado que desaparecieron los síntomas de ansiedad. En pacientes con niveles de ansiedad elevada, su aplicación dio como resultado

que el nivel de ansiedad se redujera a ligero y en pacientes con niveles de ansiedad máximo su aplicación dio como resultado que el nivel de ansiedad se redujera a medio.

En todos los niveles de instrucción la sintomatología ansiosa bajo de nivel:

- Caso 1: Nivel de instrucción superior, de ansiedad ligera a cero ansiedad
- Caso 2: Nivel de instrucción secundaria, de ansiedad media a cero ansiedad
- Caso 3: Nivel de instrucción superior, de ansiedad media a cero ansiedad
- Caso 4: Nivel de instrucción secundaria, de ansiedad elevada a ligera ansiedad
- Caso 5: Nivel de instrucción superior, de ansiedad elevada a ligera ansiedad
- Caso 6: Nivel de Instrucción secundaria, de ansiedad máxima a media ansiedad

Demostrándose de ésta manera que la Terapia de Valoración Cognitiva de Richard Wessler es efectiva con personas de diverso nivel de instrucción, sea este primario, secundario y superior, y en mujeres víctimas de violencia en el cantón Tulcán.

## **VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

En la presente investigación se demuestra la efectividad de la terapia de valoración cognitiva, ya que en mediante la pre-evaluación de todos los casos mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Historia Multimodal de Vida se evidencia que la presencia de ansiedad en todos los casos.

Mente la aplicación de la Terapia de Valoración Cognitiva se logra controlar y reducir los nivel de ansiedad de una manera efectiva, dando cuenta del cumplimiento de la hipótesis en todas las etapas del tratamiento, y para mediante la re prueba poder evidenciar la veracidad del funcionamiento y la efectividad de la terapia, que justifica el presente trabajo de investigación gracias al cumplimiento de los objetivos.

A continuación se indica la comparación pre y post tratamiento de la sintomatología ansiosa.

- Caso 1: Pre tratamiento nivel de ansiedad ligero y pos tratamiento ninguno
- Caso 2: Pre tratamiento nivel de ansiedad medio y post tratamiento ninguno
- Caso 3: Pre tratamiento nivel de ansiedad medio y post tratamiento ninguno
- Caso 4: Pre tratamiento nivel de ansiedad elevado y post tratamiento ninguno

- Caso 5: Pre tratamiento nivel de ansiedad elevado y post tratamiento ninguno
- Caso 6: Pre tratamiento nivel de ansiedad máximo y post tratamiento ninguno

Se evidencia que con los casos 1, 2 y 3 la ansiedad baja a cero, con los casos 4 y 5, baja a nivel ligero y con la paciente seis baja a nivel medio.

### **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**

Luego de haber efectuado la presente investigación podemos manifestar que la Terapia de Valoración Cognitiva es efectiva para bajar los índices de ansiedad en mujeres con que hayan sufrido violencia intrafamiliar con diferente nivel de instrucción.

A través del Test de Ansiedad de Hamilton se logra identificar con facilidad el nivel de ansiedad y mediante la valoración disminuir la ansiedad.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

1. Mediante el presente trabajo de investigación se logró determinar el grado de efectividad de la terapia de valoración cognitiva mediante la aplicación en un grupo de estudios de seis mujeres, quienes presentaron manifestaciones de ansiedad ocasionada por violencia intrafamiliar y con diferente nivel de instrucción, mismas que acudieron a la Comisaría de la Mujer y la Familia del Cantón Tulcán, durante el segundo semestre del 2012 y que gracias a la participaron en éste proceso terapéutico y a la aplicación de Terapia de Valoración Cognitiva de Richard Wessler, se determinó que todas lograron disminuir sus niveles de ansiedad independientemente de su nivel de instrucción; es así que el nivel de ansiedad máximo bajó a medio, el nivel de ansiedad elevado disminuyó a ligero y los niveles de ansiedad medio y ligero bajaron a niveles normales demostrando la efectividad de la terapia utilizada en todos los casos y determinándose que la terapia es efectiva tanto en un nivel de instrucción primario, secundario y superior. La hipótesis planteada ha sido comprobada de manera positiva y el objetivo general como los específicos se han cumplido satisfactoriamente en el presente trabajo de investigación.
2. Se logró identificar los niveles de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar mediante la aplicación del Test de Hamilton para la Ansiedad, pre tratamiento y el nivel de instrucción fue obtenido con los datos informativos de la Historia Multimodal de Vida aplicada a cada paciente, y con la cedula de identidad. Con los resultados del Test de Hamilton se pudo identificar que una paciente presentó ansiedad máxima, dos pacientes ansiedad elevada, dos mujeres ansiedad media y una ansiedad ligera. Con lo referente al nivel de instrucción se determinó que dos pacientes tenían instrucción primaria, tres pacientes instrucción secundaria y una paciente instrucción superior. La terapia dio resultados eficaces en persona con bajos niveles de instrucción que acuden recibir atención psicológica en medios públicos.
3. Se aplicó la a terapia de Valoración Cognitiva de Richard Wessler para disminuir las manifestaciones de ansiedad en las seis mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con diferente nivel de instrucción, para lo cual se utilizó variados recursos de la terapia de valoración cognitiva como métodos, técnicas y procedimientos, que se los pudo verificar

durante todo el proceso mediante la utilización de los mismos y que al ser utilizadas de manera conjunta y sistemática durante un periodo de tiempo de dos meses, con una frecuencia de una sesión semanal de sesenta minutos de manera individual, proporcionaron los resultados esperados a corto plazo. Hay que señalar que el cumplimiento de horarios establecidos para la aplicación de la terapia tiene un importante papel, ya que se pudo apreciar que las pacientes que acuden y culminan el proceso tuvieron avances positivos en su tratamiento.

4. Se midió la efectividad de la terapia mediante la aplicación post tratamiento del Test de Hamilton para la Ansiedad, resultados que demuestran que los niveles de ansiedad disminuyeron en todos los casos. En lo referente al nivel de instrucción se puede notar que la terapia es eficaz independientemente del nivel de instrucción, sea primario secundario y superior, ya que en todos se evidencio la disminución de la ansiedad.
5. Se pudo apreciar que los tipos de maltrato más frecuentes en víctimas de violencia intrafamiliar encontramos maltrato psicológico y maltrato físico, que en la mayoría de caso y por lo general van casi siempre juntos. La violencia intrafamiliar trae consigo un sin número de concomitantes negativos a nivel personal y social, que repercuten a corto, mediano y largo plazo, es así que en la investigación se puede observar que las mujeres que han sido víctimas de violencia por periodos más largos de tiempo, es decir años, son las que presentan mayor nivel de ansiedad y presentan más repercusiones personales a nivel psíquico y que presentan mayor resistencia al cambio

## **Recomendaciones**

1. El presente trabajo investigativo se constituye un marco de referencia a ser aplicado en otras Comisarías de la Mujer y Familia en donde sería de gran utilidad para atender a personas con manifestaciones de ansiedad ocasionadas por violencia intrafamiliar y con personas de diverso nivel de instrucción ya que queda comprobada su eficacia.
2. Los terapeutas y los pacientes deben tomar en consideración algunos aspectos importantes de la persona como el tiempo de disponibilidad del paciente, el establecimiento de horarios, el compromiso de acudir de la forma acordada, la continuidad de las sesiones, concluir con el proceso ya que esto permite que los resultados de la terapia sean eficaces.
3. Efectuar y difundir este tipo de investigaciones referentes a la temática analizada ya que permite evaluar y valorar el comportamiento de los seres humanos con algún tipo de ansiedad gracias a la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler, que por su efectividad es abalizada a nivel mundial.

## C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Tangibles

- **Balarezo**, Lucio (2003). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador, Editorial Centro de Publicaciones PUCE.
- **Buela**, Gualberto. **Caballo**, Vicente. **Sierra**, Carlos (1996). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de salud*. Madrid - España, Ediciones Siglo Veintiuno.
- **Buela**, Casal. **Sierra**, Juan Carlos (2009). *Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid-España, Ediciones Biblioteca Nueva, Tercera Edición.
- **Caballo**, Vicente (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid – España, Edición Pirámide.
- **Caballo**, Vicente E (2004). *Manual de los trastornos psicológicos*. Madrid – España, Ediciones Pirámide.
- **Caballo**, Vicente (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid – España, Ediciones Siglo XXI, Cuarta Edición.
- **Caro**, Isabel (2011). *Hacia una práctica eficaz de psicoterapias cognitivas*. Bilbao – España, Edición Desclee de Brouwer.
- **Caro**, Isabel (2007). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Madrid – España, Edición Desclee de Brouwer.
- **Caro**, Isabel. (2003). *Psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Ed. Paidós. Pág. 253
- **Caro**, Isabel (1997). *Manual de psicoterapia cognitivas*. Barcelona – España, Ediciones Paidós, Primera Edición.
- **Corsi**, Jose (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires – Argentina, Ediciones Paidós, Primera Edición.
- **Ellis**, Albert. **GRIEGER**, Russell (2003). *Manual de terapia racional emotiva*. España, Ediciones Desclee de Brouwer, Novena Edición.
- **Espada**, José. **Olivares**, José (2008). *Terapia Psicológica*. Madrid - España, Ediciones Pirámide.
- **Espada**, José. **Olivares**, José (2005). *Terapia Psicológica*. Madrid – España, Ediciones Pirámide.
- **Hernández**, Roberto (2006). *Metodología de la investigación*. Iztapala – México, Ediciones Mc Graw Hill, Curta Edición.



- **Jarne, Adolfo. Talarn, Antoni** (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona-España, Ediciones Paidós, Primera Edición.
- **Labrador, Francisco** (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid – España, Ediciones Pirámide.
- **Rodríguez, Nelson** (1998). *Teoría y práctica de la investigación científica*. Quito – Ecuador, Editorial Universitaria, Cuarta Edición.
- **Ruiz, Juan** (1992). *Manual de psicoterapias cognitivas*.
- **Stein, Dan** (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona- España, Ediciones Ars Médica.
- **Sarason, Irwin. Sarason, Bárbara** (2006). *Psicopatología*. México, Ediciones Pearson Educación de México, Undécima Edición.

## **ANEXOS**

### **ANEXO NO.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA**

##### **Informaciones:**

El cliente tiene derecho a recibir información sobre los métodos y técnicas terapéuticas que se utilizarán en la terapia, además del tiempo aproximado de la duración del proceso terapéutico.

La cita de terapia individual dura aproximadamente cincuenta minutos, dos horas en las sesiones de tipo grupal.

En caso de que usted o pueda asistir a la cita, debe comunicar al terapeuta con un día de anterioridad, ya que este tiempo está reservado exclusivamente para usted.

Usted tiene a la vez el derecho de consultar una segunda opinión, y dejar la terapia en cualquier momento, en el caso de que usted decida hacerlo debe comunicarlo a su terapeuta por que no es adecuado que una persona asista a dos terapeutas en forma simultánea y si participa en terapia grupal, debe avisar a los miembros del grupo.

No se realiza terapia por teléfono, y en las citas se permite un retraso máximo de 15 minutos

En general toda la información ofrecida por y al cliente durante las sesiones terapéuticas es legalmente CONFIDENCIAL, y será conocido por el supervisor de la terapeuta atendiendo en discreción la identidad del cliente. Ciertos datos que el terapeuta considere estrictamente necesarios, podrán ser compartidos con el equipo técnico de la institución, para la resolución del caso.

Solo se romperá el secreto profesional en los siguientes casos: cuando hay indicios que el cliente pretende hacerse daño a sí mismo como a otras personas o propiedades. En casos de que el cliente confiese incidentes de abuso de niños, de tipo físico, emocional o sexual, negligencia hacia sus hijos o en los casos de que el cliente haya cometido un crimen. Estos deberán ser reportados a las autoridades. Si el cliente es un niño, se romperá el secreto cuando en la terapia se descubra que se ha cometido un abuso hacia él.

Al firmar este documento usted indicara estar de acuerdo con lo anteriormente descrito.

Hable con toda confianza con el terapeuta sobre cualquier duda.

Yo he leído y he comprendido la información arriba presentada. Deseo hacer la terapia con la terapeuta según los términos descritos.

Cliente \_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## **ANEXO NO.2HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL PARA ADULTOS**

No HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

PROFESIÓN:

ESTADO CIVIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

### **1. MOTIVO DE CONSULTA**

### **2. FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL**

### **3. ANTECEDENTES PERSONALES**

3.1 Estado somático actual y pasado. Hábitos de salud y dieta

3.2 Antecedentes de trastornos psíquicos

### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

4.1 Composición familiar: sexo, edad, parentesco. Profesión

4.2 Trastornos somáticos actuales y pasados relevantes

4.3 Antecedentes actuales y pasados de trastornos psíquicos

### **5. VALORACIÓN DE SOPORTE SOCIO-FAMILIARES**

5.1 Reacción y/o apoyo familiar al trastorno actual

5.2 Calidad y cantidad de relaciones sociales

5.3 Problemas y satisfacción conyugal o de pareja

5.4 Problema y satisfacción laboral-estudios

### **6. OTRAS OBSERVACIONES**

### **7. RESUMEN MULTIMODAL DELAS ÁREAS IMPLICADAS**

**\*\*Nota:** Éste apartado puede servir de resumen de aéreas implicadas recogidas a través de los apartados anteriores, o como guía para profundizar aun más en determinados aspectos no recogidos anteriormente.

### **7.1 Área cognitiva:**

- Preocupaciones más frecuentes y molestias
- Conciencia y modelo de enfermedad del paciente-familia
- Ideación suicida. Actitud ante la vida. Ganas de vivir y razones para ello
- Trastornos del pensamiento y de otras actividades mentales (alucinaciones delirios)
- Autovaloración personal: aspectos más positivos y negativos de sí mismos
- Satisfacción con la imagen/aspecto corporal
- Sueños y fantasías más frecuentes (agradables y desagradables)
- Expectativas de tratamiento (a que causa atribuye el malestar y cuál cree que es la intervención a desarrollar y el papel que le corresponde en la misma)

### **7.2 Área afectiva**

- Estado de ánimo actual más frecuente
- Principales temores actuales
- Principales desencadenantes de ira actuales
- Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo y más alterado
- Como puede expresar sus emociones más intensas (amor, ira) y a quien.

### **7.3 Área somática**

- Preocupaciones respecto al funcionamiento físico

- Medicamentos consumidos durante los últimos seis meses
- Problemas de hábitos de salud. Ejercicio, dieta, peso, tabaco, alcohol y otras drogas
- Enfermedades actuales: diagnósticas y tratamiento en curso
- Sensaciones y molestias corporales
- Satisfacciones y problemas sexuales

#### **7.4 Área interpersonal**

- Relaciones problemas y satisfacción laboral /estudios
- Relaciones familiares: problemas y apoyos de quien- como
- Relaciones de pareja: problemas ya reas de satisfacción
- Relaciones sociales: cantidad/calidad de amistades
- Relaciones con servicios de apoyo (servicios sociales, médicos)

#### **7.5 Área conductual**

- Como afronta sus dificultades motivo de consulta: que hace y evita al respecto
- Hábitos que desearía aumentar o disminuir
- Actividades más gratificantes-re forzantes y desagradables-aversivas, actualmente

## **8. DIAGNÓSTICO INICIAL**

- Nota: se puede profundizar aun mas en el mismo, mediante las guías multimodales de segundo orden
- Eje I (Trastorno identificado: por ejemplo depresión, anorexia nerviosa, etc.)
- Eje II (Rasgos o trastornos de personalidad. Carácter: por ejemplo: obsesivo, histriónico, etc.)
- Eje III (Trastornos somáticos identificados. Por ejemplo hernia discal)
- Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico. Por ejemplo graves problemas de relación conyugal y situación de despido laboral vivida depresivamente)
- Eje V (Grado de adaptación psicosocial. Por ejemplo: Bien adaptado socialmente con amigos y presencia de problemas con compañeros de trabajo)

### ANEXO NO.3 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre..... Edad.....  
Sexo..... Fecha.....

---

Elija según su estado de ánimo psicológico y orgánico, de acuerdo con:

Ausente..... Intensidad fuerte.....  
Intensidad leve..... Intensidad máxima.....  
Intensidad media..... (Invalidarte).....

---

	0	1
<b>1. HUMOR ANSIOSO</b>		
	2	
Estado emocional de incertidumbre, inseguridad, Irritabilidad, aprensión (anticipación temerosa)	3	4

---

	0	1
<b>2. Tensión</b>		
	2	
Sensación de tensión, incapacidad de relajarse, fatigabilidad, Nerviosismo, tensión corporal.	3	4

---

	0	1
<b>2. TEMORES</b>		
	2	
Reacción a situaciones especiales: estar en sitios cerrados o abiertos, a la oscuridad, a situaciones nuevas, al contacto	3	4



social, animales.

---

### 3. INSOMNIO

0 1

Duración o profundidad del sueño inadecuados, dificultad para conciliarlo, sueño interrumpido, cansancio al despertar (en 3 noches anteriores)

2  
3 4

---

### 4. CONCENTRACIÓN Y MEMORIA

0 1

Dificultades en la concentración, en la toma de decisiones habituales, problemas con la memoria.

2  
3 4

---

### 5. HUMOR DEPRESIVO

0 1

Abarca comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, abatimiento, desamparo, desesperanza; falta de interés no disfrutar con pasatiempos habituales.

2  
3 4

---

### 6. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

(Síntomas musculares)

0 1

Sensación de debilidad, rigidez muscular, sensación de dolor muscular difuso, puede localizarse en el cuello, mandíbula, espalda, región lumbar

2  
3 4

<b>7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (sensoriales)</b>	0	1
Fatigabilidad y debilidad, que puede constituirse en verdadera alteración funcional de los sentidos tinutus (zumbidos), visión borrosa, oleadas de calor o frio, prurito (comezón)	2	
	3	4

---

<b>8. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES</b>	0	1
Taquicardia, palpitaciones, sensación de opresión torácica, latidos pulsantes en los vasos sanguíneos, sensación de desvanecimiento.	2	
	3	4

---

<b>9. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS</b>	0	1
Sensación de opresión o constricción en la garganta o pecho, sensación de dificultad respiratoria o ahogo, suspiros.	2	
	3	4

---

<b>10.SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES</b>	0	1
Sensación de dificultad para tragar o molestias en el estomago, ardor, sensación de plenitud, nauseas o vomito, ruidos abdominales y eyaculación precoz.	2	
	3	4

---

<b>11.SÍNTOMAS VEGETATIVOS</b>	0	1
Aumento de la frecuencia urinaria o urgencia por la micción	2	
Trastornos menstruales, anorgasmia, dispareunia, disfunción Eréctil y eyaculación precoz.	3	4

---

## 12. SÍNTOMAS VEGETATIVOS

	0	1
		2
Sequedad de boca, sofocaciones o palidez sudoración o vértigo.	3	4

---

## 13. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

	0	1
		2
Conducta del paciente, a lo largo de la entrevista, se muestra tenso, nerviosos, agitado, incomodo, inquieto, tembloroso, sudoroso, esta hiperventilando, facies tensa y inquietud motora	3	4

---

## INTERPRETACIÓN

Ansiedad psíquica..... Ansiedad somática.....

Puntaje total..... Índice.....

Apreciación.....  
.....

## ANEXO NO.4 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

### (Forma de Calificar)

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS (ITEMS 1,2,3,4,5,6,Y 14)	
RANGO	NIVEL DE ANSIEDAD
1 -7	Intensidad ligera
8 -14	Intensidad media
15- 21	Intensidad elevada
22 -28	Intensidad máxima
SÍNTOMAS SOMÁTICOS ( ITEMS 7,8,9,10,11,12 Y 13)	
RANGO	NIVEL DE ANSIEDAD
1 -7	Intensidad ligera
8 -14	Intensidad media
15- 21	Intensidad elevada
22 -28	Intensidad máxima

## ANEXO NO.5 SESIONES INDIVIDUALES DE LA TERAPIA DE VALORACIÓN COGNITIVA

**CUADRO NO.1 / CASO No. 1**

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Evaluación y Conceptualización de los problemas.	Aplicación de la Historia Multimodal de Vida  Aplicación de HAS pre tratamiento	Investigar áreas  Investigar síntomas de ansiedad.	Formato HMV  Formulario HAS	60 minutos	Colaboración en el proceso.
2	Establecer objetivos de la terapia.  Establecimiento de la relación terapéutica.	Estructuración de objetivos  Alianza terapéutica Auto revelación	Definir y clarificar objetivos del paciente  Considerar al paciente con respeto, crear ambiente seguro que no produzca vergüenza para que los sentimientos positivos y negativos se puedan		60 minutos	Compromiso para trabajar para el cumplimiento de objetivos  Buena empatía

	Llegar a acuerdos y compromisos.	Aplicación de la hoja de consentimiento informado	manifestar y discutir adecuadamente	Hoja de consentimiento informado		Acuerdos terapéuticos y compromiso para asistir al proceso.
<b>3</b>	Seleccionar un área problemática Modificar síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal	Uso de Preguntas Escucha Cognitiva Entrenamiento asertivo	Hablar sobre preocupaciones actuales respecto al problema seleccionado	HMV Comunicación verbal y no verbal	60 minutos	“Estoy aprendiendo a comunicarme de una manera adecuada voy a poner en práctica lo que ahora se”
<b>4</b>	Identificación, concientización, auto comprensión evolutiva de la formación de las RPV.  Flexibilización de las RPV	Uso de preguntas  Escucha cognitiva  Poner en palabras las reglas personales e vida  Inferiren las reglas personales y su contexto evolutivo	Detectar emociones para hallar las a cogniciones implicadas	HMV	60 minutos	“Es mejor decir lo que pienso y siento de una manera adecuada y no guardarme mis pensamientos y emociones, ahora estoy mejor”

		Uso de experimentos personales o métodos e exposición	Contraste de Hipótesis Confirmación o des confirmación de expectativas derivadas de las RPV			
<b>5</b>	Detectar y trabajar con cogniciones justificadoras	Examen de cogniciones justificadoras y su exposición  Disonancia cognitiva	Revalorar cogniciones  Disociar conexiones cogniciones	HMV	60 minutos	“Voy a pensar en mis pensamientos no tanto en los que me enseñaron”
<b>6</b>	Trabajar afecto persona típico .  Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel.  Conseguir el auto cuidado	Auto revelación de sentimientos y de información personal	Apaciguar sentimientos, reducir su intensidad tranquilizarse a si mismo	HMV	60 minutos	“Viviré de acuerdo a mis decisiones. Si tomo una decisión y la voy a cumplir”
<b>7</b>	Detectar y trabajar con maniobras o conductas de búsqueda de seguridad	Identificación de las conductas de búsqueda de seguridad	Transferir responsabilidades	Lenguaje verbal	60 minutos	“Ahora me comunico adecuadamente y resuelvo los

		Instrucciones Recomendar a que haga lo opuesto a lo habitual				inconvenientes de una manera adecuada”
<b>8</b>	Conocer resultados de la TVC	Aplicación de HAS post tratamiento	Información y análisis de resultados	Formato de HAS  Informe terapéutico	45 minutos	“Me siento bien y he superado mis dificultades”



**CUADRO NO.2 / CASO No. 2**

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TAREAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	Evaluación psicológica	Aplicación de la Historia Multimodal de Vida  Aplicación de HAS pre tratamiento	Investigar áreas  Investigar síntomas de ansiedad.	Formato HMV  Formulario HAS	60 minutos	Colaboración en el proceso.
2	Conceptualización de los problemas  Negociación de objetivos terapéuticos  Establecimiento de relación terapéutica.	Uso de Preguntas Escucha cognitiva  Estructuración de objetivos  Alianza terapéutica Empatía cognitiva y afectiva	  Definir y clarificar objetivos   Crear ambiente seguro para que los sentimientos positivos y negativos como culpa y vergüenza se puedan manifestar y		60 minutos	Voy a trabajar para cumplir los objetivos

	Acuerdos y compromisos	Aplicación de la hoja de consentimiento informado	discutir adecuadamente	Hoja de consentimiento informado		Acuerdos terapéuticos y compromiso para asistir al proceso.
3	<p>Seleccionar el área implicada en sus problemas</p> <p>Modificar síntomas objetivos, a partir de la evaluación multimodal</p>	<p>Uso de Preguntas Escucha Cognitiva</p> <p>Entrenamiento asertivo</p>	Hablar sobre preocupaciones del problema seleccionado	HMV	60 minutos	“Estoy aprendiendo nuevas estrategias, me siento bien con eso”
4	<p>Detectar las RPV en la historia personal, y así intentar aumentar el auto comprensión de su desarrollo para facilitar su modificación.</p>	<p>Rastrear la Historia Multimodal de vida</p> <p>Poner en palabras la regla personal de vida para llegar a flexibilizarlas</p> <p>Señalar y confrontar las</p>	<p>Detectar emociones para hallar cogniciones implicadas y los significados o reglas personales asociadas</p>	<p>HMV</p> <p>Formato de resolución de problemas</p>	60 minutos	“La familia es importante pero no lo único importante”

		RPV				
		Toma de decisiones y resolución de problemas	Negociar el experimento personal con el paciente			
5	Identificar y trabajar con cogniciones justificadoras	Examen de Cogniciones Justificadoras  Auto instrucciones de afrontamiento	Exposición de las Cogniciones		60 minutos	“Tengo que empezar por respetarme a mi misma para que otros me respeten”
6	Buscar y trabajar con afecto persono típico. Conseguir auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel. Promover el auto cuidado emocional o auto respeto	Uso de preguntas Escucha cognitiva	Apaciguar sentimientos Reducir su intensidad Tranquilizarse a si mismo	Comunicación Verbal	60 minutos	“La vergüenza es un sentimiento negativo en mi vida”
7	Detección e intervención a	Análisis de patrones	Hacer lo opuesto a		60	“Expreso lo que

	conductas buscadoras de seguridad	<p>recurrentes</p> <p>Modificar el patrón habitual</p> <p>Utilización adecuada del tiempo</p> <p>Actuar de manera poco fiable, provoca reacciones negativas en otras personas</p>	<p>lo habitual.</p> <p>La conducta de evitación produce ansiedad depresión y vergüenza</p>		minutos	siento el momento oportuno, eso me ayuda a estar mejor”
8	Evaluación psicométrica	Aplicación de HAS post tratamiento	<p>Abordar los resultados del test.</p> <p>Expectativas ante la culminación del proceso</p>	<p>Exposición verbal</p> <p>Formato de HAS</p> <p>Informe</p> <p>Psicoterapéuticos</p>	45 minutos	“La terapia me ha ayudado mucho ahora puedo decir que me siento bien”

**CUADRO NO.3 / CASO No. 3**

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TAREAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	Evaluación y Conceptualización de los problemas.	Aplicación de la Historia Multimodal de Vida  Aplicación de HAS pre tratamiento	Investigar áreas  Investigar síntomas de ansiedad.	Formato HMV  Formulario HAS	60 minutos	Colabora e interés en el proceso.
2	Establecer objetivos de la terapia.  Establecimiento de la relación terapéutica.	Estructuración de objetivos  Alianza terapéutica Empatía cognitiva y afectiva  Aplicación de la hoja de consentimiento informado	Definir y clarificar objetivos de la paciente  Crear un ambiente e respeto, seguro que no produzca vergüenza para que los sentimientos y pensamientos se puedan manifestar y discutir adecuadamente		60 minutos	Compromiso para conseguir los objetivos planteados  Buena empatía

	Llegar a acuerdos y compromisos.			Hoja de consentimiento informado		Acuerdos terapéuticos y compromiso para asistir durante todo el proceso.
3	Realizar la selección de un área problemática en la vida de la paciente  Modificar síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal.	Escucha cognitiva Interrogatorio Hablar sobre preocupaciones actuales respecto a esta área  Entrenamiento asertivo	Hablar sobre sus preocupaciones actuales	HMV	60 Minutos	“la comunicación se aprende quiero hacerlo”
4	Examinar las RPV. Lograr una auto comprensión evolutiva de las mismas y flexibilizarlas	Poner en palabras la RPV  Señalar y confrontar la RPV discrepante o conflictiva.  Resolución de Problemas	Identificar sus cogniciones y emociones	HMV	60 minutos	“Todas las personas no tienen la obligación de aceptarme como yo quisiera que lo hagan”

5	Trabajar con cogniciones justificadoras	Examen de las cogniciones justificadoras Auto instrucciones de afrontamiento	Exposición de las cogniciones	Comunicación Verbal	60 minutos	“Estoy empezando a cuidarme a mi misma”
6	Trabajar afecto Personero típico . Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel. Conseguir el auto cuidado emocional o auto respeto	Espiritualidad y creencias religiosas	Apaciguar sentimientos Reducir su intensidad Tranquilizarse a si mismo	Comunicación Verbal	60 minutos	Ahora sé lo que está bien o mal para mí y para mi familia.
7	Intervención básica con las maniobras de búsqueda de seguridad	Identificar las conductas buscadoras e seguridad  Cambiar el patrón habitual de comportamiento.  Inversión de roles	Hacer lo opuesto a lo habitual   Invertir los papeles con la persona significativa de su vida, y se imagine como se podría sentir la	HMV	60 minutos	“A mi no me gustaría que no pueda visitar a mi familia, ahora me pongo en su lugar”

			otra persona, y descubrir como provoca reacciones emocionales en los demás			
8	Finalización del proceso	Aplicación de HAS post tratamiento	Abordar el resultado del test Enfatizar el progreso de la terapia	Exposición verbal Formato de HAS	45 minutos	“Ahora me siento bien, he logrado muchas cosas positivas en mi “



**CUADRO NO.4 / CASO No. 4**

[illegible]

	compromisos.	Aplicación de la hoja de consentimiento informado		consentimiento informado		proceso.
3	<p>Seleccionar un área problemática.</p> <p>Modificar síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal.</p>	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Entrenamiento asertivo</p>	Hablar sobre preocupaciones actuales respecto a esta área		60 minutos	“Voy a trabajar con mis problemas yo lo puedo lograr”
4	<p>Identificación y revalorización de las RPV</p> <p>Auto comprensión evolutiva de la formación de las reglas personales de vida</p> <p>Re valorización de las RPV</p>	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Interrogatorio</p> <p>Inferiren las RPV y su contexto evolutivo</p> <p>Protección en el tiempo</p> <p>Toma de decisiones y Resolución de Problemas</p>		HMV	60 minutos	“Ahora me doy cuenta que ser una buena persona no es soportar maltratos, se lo que tengo que hacer lo voy a lograr”
5	Determinar las cogniciones justificadoras	Examen de cogniciones justificadoras	Exposición de las mismas	Comunicación Verbal	60 minutos	“Debo tener mis propios criterios”

		Auto instrucciones de afrontamiento				
6	Trabajar afecto persona típico. Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel. Conseguir el auto cuidado emocional o auto respeto	Escucha cognitiva  Provocar recuerdos infantiles  Autor revelación	Apaciguar sentimientos Reducir su intensidad Tranquilizarse a si mismo	Comunicación Verbal	60 minutos	”Quiero sentirme diferente, muchos años he vivido así”.
7	Reconocer las maniobras o conductas e búsqueda de seguridad.  Intervenir en su modificación	Identificarlas y recomendar a la paciente ha que haga lo opuesto a su patrón habitual  Malgastar el tiempo, la falta de productividad, fracaso de cumplir con las fechas limite	Actuar de manera opuesta al lo que lo hace habitualmente  Búsqueda de trabajo	HMV	60 minutos	“Voy a hacer cosas productivas por y para mi”
8	Evaluación Psicométrica	Aplicación de HAS post tratamiento	Evaluación de resultados	Formato de HAS Informe de la terapia	45 minutos	“Siento que he mejorado que con la terapia estoy mejorando”

**CUADRO NO.5/ CASO No. 5**

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
1	Evaluación y Conceptualización de los problemas.	Aplicación de la Historia Multimodal de Vida  Aplicación de HAS pre tratamiento	Investigar áreas  Investigar síntomas psíquicos y somáticos de ansiedad.	Formato HMV  Formulario HAS	60 minutos	Colaboración en el proceso.
2	Planteamiento de objetivos terapéuticos.  Establecimiento de la relación terapéutica.	Estructuración de objetivos  Alianza terapéutica Auto revelación	Definir y clarificar objetivos  Considerar al paciente con respeto, crear ambiente seguro que no produzca vergüenza para que los sentimientos positivos y negativos se puedan manifestar y discutir adecuadamente		60 minutos	Compromiso para lograr alcanzar objetivos  Buena empatía

	Llegar a acuerdos y compromisos.	Aplicación de la hoja de consentimiento informado		Hoja de consentimiento informado		Acuerdos terapéuticos y compromisos
3	<p>Seleccionar un área problemática.</p> <p>Modificar síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal.</p>	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Protección en el tiempo</p> <p>Relajación</p>	Hablar sobre preocupaciones actuales respecto a esta área		60 minutos	“Puedo salir sola adelante con mis hijos no voy a tener miedo treinta años lo he tenido”
4	Examinar las RPV, tomar conciencia de ellas, conseguir la auto comprensión evolutiva de la formación e las RPV y el papel que cumplen en la actualidad	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Uso de preguntas específicas inferiren las reglas personales y su contexto evolutivo</p> <p>Uso de preguntas</p> <p>Poner en palabras la RVP</p>			60 minutos	“Me siento mejor más tranquila mis hijos están bien, no necesitamos de el ”

		Toma de decisiones y resolución de problemas				
5	Animar a la paciente a que piense sobre sus pensamientos y que abandone sus cogniciones justificadoras	Examen de cogniciones  Auto instrucciones de afrontamiento	Exponerlas	Comunicación verbal	60 minutos	
6	Trabajar afecto Persono típico .  Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel.  Conseguir el auto cuidado emocional o auto respeto	Espiritualidad y creencias religiosas	Apaciguar sentimientos Reducir su intensidad Tranquilizarse a si mismo		60 minutos	“Ahora sé lo que está bien o mal para mí y para mi familia”.
7	Identificar las maniobras o conductas e búsqueda de seguridad y modificarlas	Para identificarlas la paciente debe asumir actitudes “como si”	Hacer lo opuesto al patrón habitual de comportamiento			

		Cambiar el patrón habitual de comportamiento	Transferir responsabilidades			
8	Finalización del proceso	Aplicación de HAS post tratamiento	Información y análisis de resultados Enfatizar los progresos de la terapia	Formato de HAS Informe de la terapia	45 minutos	“He vencido a la violencia y siento menos angustia y miedo estoy más fortalecida”.

**CUADRO NO.6/ CASO No. 6**

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TAREAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	Evaluación y Conceptualización de los	Aplicación de la Historia Multimodal de Vida	Investigar áreas	Formato HMV	60 minutos	Colaboración en la evaluación.

	problemas.	Aplicación de HAS pre tratamiento	Investigar síntomas de ansiedad.	Formulario HAS		
2	<p>Establecer objetivos de la terapia.</p> <p>Establecimiento de la relación terapéutica.</p> <p>Llegar a acuerdos y compromisos.</p>	<p>Estructuración de objetivos</p> <p>Alianza terapéutica Auto revelación</p> <p>Aplicación de la hoja de consentimiento informado</p>	<p>Definir y clarificar objetivos de la paciente</p> <p>Considerar al paciente con respeto, crear ambiente seguro que no produzca vergüenza para que los sentimientos positivos y negativos se puedan manifestar y discutir adecuadamente</p>	<p>Hoja de consentimiento informado</p>	60 minutos	<p>Compromiso para trabajar para el cumplimiento de objetivos</p> <p>Buena empatía</p> <p>Acuerdos terapéuticos y compromiso para asistir al proceso.</p>



3	<p>Seleccionar un área problemática.</p> <p>Modificar síntomas objetivos a partir de la evaluación multimodal.</p>	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Protección en el tiempo</p> <p>Relajación</p> <p>Respiración</p>	<p>Hablar sobre preocupaciones actuales respecto a esta área</p>		60 minutos	<p><b>“Esta enfermedad que tengo va a mejorar”</b></p>
4	<p>Consistencia y flexibilización de las RPV</p> <p>Ayudar al paciente a descubrir sus RPV y la adopción consciente de alternativas</p> <p>Auto comprensión evolutiva de la formación de las reglas personales de vida</p>	<p>Escucha cognitiva</p> <p>Uso de preguntas específicas inferir las reglas personales y su contexto evolutivo</p> <p>Cuestionamiento de reglas personales para llegar a flexibilizarlas</p> <p>Uso e experimentos personales</p> <p>Toma de decisiones y resolución de problemas</p>			60 minutos	<p>“No es normal lo que estoy viviendo en mi hogar, los golpes y la infidelidad no es algo normal “</p>

5	Ayudar a reconocer las cogniciones justificadoras	Examen de cogniciones  Auto instrucciones de afrontamiento	Exposición de las cogniciones	Comunicación verbal	60 minutos	<b>Lograr autor respeto</b>
6	Trabajar afecto Persono típico .  Lograr auto comprensión cognitiva, afectiva y conductual y comprender su papel.  Conseguir el auto cuidado emocional o auto respeto	Espiritualidad y creencias religiosas	Apaciguar sentimientos Reducir su intensidad Tranquilizarse a si mismo		60 minutos	Ahora sé lo que está bien o mal para mí y para mi familia.
7	Determinar y modificar las maniobras o conductas de búsqueda de seguridad	Identificar las conductas asumiendo actitudes como si  Recomendar a la paciente a hacer lo opuesto a lo habitual  Inversión de Roles	Cambiar sus patrones de conductas de búsqueda de seguridad.  Invertir los papeles con la persona significativa de su vida, y se imagine como se podría sentir la otra persona, y descubrir como provoca		60 minutos	“No voy a quejarme tanto ya cada rato de mis dolencias, a menos de que estas sean realmente molestosas para mí”

			reacciones emocionales en los demás			
8	Conocer resultados de la TVC	Aplicación de HAS post tratamiento	Información y análisis de resultados	Formato de HAS Informe de la terapia	45 minutos	“Siento que estoy mejorando poco a poco”

## TABLA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Instrucción .....	91
Gráfico N° 2 Tipo de violencia intra Familiar .....	92
Gráfico N° 3 Nivel de ansiedad .....	93
Gráfico N° 4 Pre tratamiento .....	94
Gráfico N° 5 Post Tratamiento .....	101
Gráfico N° 6 Presencia de ansiedad .....	102
Gráfico N° 7 pre tratamiento y post tratamiento .....	103
Gráfico N° 8 Pre tratamiento y post tratamiento .....	104
Gráfico N° 9 Ansiedad pre tratamiento y post tratamiento caso por caso .....	105
Gráfico N° 10 Pre tratamiento y post tratamiento caso por caso .....	106